ROK VIII WARSZAWA 1934 MAJ ZESZYT V

WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK
POŚWIĘCONY PRZEGLĄDOWI FRANCUSKIEGO
PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO I POTRZEBOM
LEKARZA PRAKTYKA.

REVUE MENSUELLE CONSACRÉÀ LA LITTERATURE MEDICALE FRANÇAISE ET AUX BESOINS DU PRATICIEN.

pod redakcją Doc. Dr. Wojciechowskiego.

PRACE ORYGINALNE

Leczenie biegunek u niemowląt.

PODAŁ.
DR. JERZY WISZNIEWSKI.

A. Leczenie przyczynowe.

Uwagi ogólne.

Należy odróżniać trzy zasadnicze grupy:

a) Biegunki pochodzenia pokarmowego (wskutek oczywistych błędów w odżywieniu lub indywidualnej reakcji dziecka na pewien rodzaj odżywiania). Inaczej — niestrawność (dyspepsia). Przebiegają zwykle bez gorączki. Przy wadliwem leczeniu mają skłonność przechodzenia w stan przewlekły, hamując stopniowo przyrost wagi i rozwój normalny dziecka.

b) Biegunki towarzyszące różnym zakażeniom, przebiegającym zwykle z gorączką, t. zw. biegunki parenteralne. Widujemy wszelkie stopnie — od najlżejszych do najcięższych, z objawami odwodnienia i toksycznemi. Biegunka jest tutaj objawem, którego należyta ocena zależy głównie od rodzaju zasadniczego cierpienia. Najczęstsze stany chorobowe, którym może towarzyszyć biegunka: ostry nieżyt górnych dróg oddechowych (naso-pharyngitis ac., grypa), zapalenie ucha środkowego, zapalenie miedniczek nerkowych, dur i dury rzekome, wszelkie schorzenia o charakterze posocznicowym, rzadziej nieswoiste schorzenia płuc. Należy wykryć i leczyć cierpienie zasadnicze. Do tej grupy można zaliczyć niektóre postacie t. zw. biegunek letnich z objawami toksycznemi (coli-sepsis?).

c) Biegunki przebiegające z gorączką i ewent. z objawami toksycznemi, lecz bez zmian w narządach. Dominują objawy ze strony jelit, zwłaszcza jelita grubego (entero colitis) — stolce nieobfite lecz bardzo częste, śluzowe, śluzowo-ropne, lub śluzowo-ropno-krwawe. Wyodrębnić należy typ schorzenia o ustalonej etjologji — czerwonka (dysenteria). Do tej grupy także można zaliczyć niektóre postacie biegunek letnich u niemowląt.

Możliwe są także postacie mieszane, o etjologji z grupy a), b) i c). Lekarz-praktyk, przy łóżku chorego, celem wyjaśnienia rodzaju biegunki niemowlęcej, z pożytkiem może kierować się następującym schematem do rozważań: (tablica).

Niemowlę o normalnym wyglądzie co do stanu odżywiania.	Żywione wyłącznie lub przeważnie piersią.	Biegunka bez gorączki i objawów toksycznych. =	Lekka niestrawność najczęściej wskutek błędów w technice karmienia.
		Biegunka z gorączką i ew. objawami toksycz. =	Pochodzenia infekcyjnego, najczęściej parenteralnego.
	Żywione sztucznie.	Biegunka bez gorączki i objawów toksycznych. =	Niestrawność najczęściej wskutek małych błędów w sposobie i technice odżywiania.
		Biegunka z gorączką i ew. objawami toksycz. =	Pochodzenia infekcyjnego lub małe błędy w odżywianiu + infekcja.
Niemowlę o wyglądzie wyniszczonego.	Żywione wyłącznie lub przeważnie piersią.	Biegunka bez gorączki i objawów toksycznych. =	Najczęściej głodzenie (mało pokarmu).
		Biegunka z gorączką i ew. objawami toksycz. =	Infekcja u dziecka głodzonego (brak pokarmu).
	Żywione sztucznie.	Biegunka bez gorączki i objawów toksycznych. =	Duże błędy w odżywianiu (głodzenie ilościowe lub jakościowe).
		Biegunka z gorączką i ew. objawami toksycz. =	Duże błędy w odżywianiu + infekcja.

B. Leczenie pokarmowe.

Niezależnie od starań w kierunku ustalenia charakteru i znaczenia biegunki, postępowanie lecznicze opierać musimy na wyglądzie zewnętrznym dziecka i zespole objawów klinicznych. Kluczem do podziału na przypadki lekkie lub ciężkie jest stwierdzenie objawów odwodnienia i toksycznych, przy uwzględnieniu: 1) faktycznego stanu odżywiania dziecka, 2) poprzedzającego cierpienie sposobu żywienia.

I. Biegunki bez gorączki i bez objawów toksycznych: błędem jest skazywać niemowlę na dietę głodową (kleiki), lub niedostateczną w przeciągu szeregu dni. Dopuszczalną jest krótka pauza wodna (6 — 12 godzin) przy całkowitem pokryciu zapotrzebowania wodnego (125 — 150 grm. na kilo wagi niemowlęcia, w postaci lekkiej herbaty słabo osłodzonej (3% zwykłego cukru), lub naparu rumianku, kwiatu lipowego i t. p. Po tym okresie powinno być podjęte uregulowane i odpowiadające wiekowi odżywianie, najdalej w ciągu 4—5 dni dochodzące do pełnych norm zapotrzebowania kalorycznego.

Należy posługiwać się przepisami możliwie najprostszemi i zrozumiałemi dla laików.

Przedewszystkiem należy zastosować normy i prawidłową technikę odżywiania, za pomocą zwykłych mieszanek mlecznych, pamiętając że przeciętnie niemowlę,

niezależnie od wieku otrzymuje na dobę około 500 grm. mleka (od 400 — 600), w postaci mieszanki składającej się z dwuch części mleka do jednej części wody lub kleiku, z obowiązkowym dodatkiem 5% zwykłego cukru, w dawkach:

do 6-ciu mies. — 6 × na dobę, co 3 godziny,

powyżej 6-ciu mies. — 5 × na dobę, co 3½ godziny.

Po 6-ciu mies. niemowlę powinno być dokarmiane, t. zn. otrzymuje tylko 4 jedzenia mleczne + 1 jedzenie bezmleczne (kaszka na smaku z jarzyn + przetarta jarzynka). Od 9-mies. — drugie danie bezmleczne (kasza na wodzie z masłem), mleko w postaci nierozcieńczonej, sucharek. W ten sposób poszczególne porcje, w zależności od wieku będą wynosiły 120 — 150 — 180 grm., a ogólna ilość mleka nie ulegnie powiększeniu. Dokarmianie winno być zastosowane w sposób powyższy i u niemowląt żywionych wyłącznie piersią.

O ile uregulowanie odżywienia nie daje wyniku, dopiero wtedy jesteśmy upoważnieni do jakościowej zmiany rodzaju odżywiania. Do tego celu służą:

1) Przedewszystkiem pokarm naturalny (przy uprzedniem sztucznem żywieniu).

2) Mieszanki wzbogacone w dodatek białka i tłuszczu, lub tłuszczu i mąki (plasmon, lavosan, śmietanka; masło, mąka pszenna) [1]).

3) Mieszanki kwaśne:

a) maślanka (nierozcieńcz. z dod. 5 — 7½% cukru słodowego (malton) i ew. 1 — 2% mąki pszennej.

b) kefir, rozcieńcz. àà wodą + 8 — 10% cukru.

Mieszanki zmienione stosuje się w celu leczenia, t. zn. przejściowo w ciągu jednego lub paru tyogdni, nie zaś dla stałego odżywiania.

II. Przy biegunkach przebiegających z gorączką, o ile wykryto chorobę narządu — leczyć cierpienie zasadnicze (ucha, katar nosa, grypę i t. p.). Ogólnie — nie przechodzić na kleiki! Nie odstawiać od piersi! Uregulowanie karmienia wg. norm. Przy chorobach zakażeniowych — z a w s z e pierwszeństwo ma pokarm naturalny (większa odporność).

III. Przy biegunkach z gorączką i objawami odwodnienia i toksycznemi (zamroczenie, senność, wymioty, zapadnięte ciemię i gałki oczne, obrzęki, ciastowatość skóry na brzuchu) = stan groźny, niezależnie od etjologji, — obowiązuje 12 — 24 godzinna pauza wodna, a następnie b. ostrożne i stopniowe odżywianie, najlepiej pokarmem naturalnym, względnie maślanką.

2-go dnia — 6 × po 5 — 10 grm. pokarmu (+ uzupełnienie wodne wg. norm podanych wyżej).

3-go dnia — 6 × po 15 — 20 grm. pokarmu (+ uzupełnienie wodne wg. norm podanych wyżej).

4-go dnia — 6 × po 40 — 50 grm. pokarmu (+ uzupełnienie wodne wg. norm podanych wyżej).

5-go dnia — 6 × po 40 — 50 grm. pokarmu (+ uzupełnienie wodne wg. norm podanych wyżej).

6-go dnia — 6 × po 60 — 80 grm. pokarmu (+ uzupełnienie wodne wg. norm podanych wyżej).

7-go dnia — 6 × po 100 — 120 grm. pokarmu (+ uzupełnienie wodne wg. norm podanych wyżej) i t. d. aż do osiągnięcia normalnych wartości kalorycznych. Następnie równie stopniowo wycofujemy pokarm leczniczy przez zastąpienie mieszanką zwykłą. O ile przed chorobą dziecko otrzymywało wyłącznie pokarm, postępowanie techniczne jest to samo. W przypadkach, gdzie zakażenie parenteralne, lub ogólne jest oczywiste (zapal. ucha śr., płuc, dur brzuszny i t. p.), można ograniczyć się do mniej ścisłego zredukowania dawek pokarmu, naprz.:

I-go dnia — 6 × po 25 grm. pokarmu.
II-go dnia — 6 × po 50 grm.
III-go dnia — 6 × po 75 grm. i t. d.

C. Leczenie farmaceutyczne.

Przy biegunkach niemowlęcych istotnem leczeniem jest leczenie djetetyczne, ew. + leczenie zasadniczego cierpienia parenteralnego, któremu towarzyszy biegunka. Wobec tego przepisywane leki powinny być nieszkodliwe, nieliczne, i do pewnego stopnia celowe. Środki przeczyszczające (łącznie z ulubionym olejkiem rycynowym — w dawce czyszczącej) — są szkodliwe, środki zapierające i ściągające są zazwy-

[1]) Szczegóły o przygotowaniu mieszanek czytelnik znajdzie: M. Michałowicz. Zasadnicze wytyczne przy wyborze sztucznych mieszanek w odżywieniu niemowląt. Pedjatrja Polska 1927.

czaj bezskuteczne (u niemowląt). W przypadkach lekkich, bez objawów odwodnienia — pomocnicze znaczenia posiadają rozczyny alkaliczne (natr. citric. 2%), lub brom, który zmniejszając ogólną pobudliwość nerwową posiada niezaprzeczalny wpływ na biegunki o charakterze odczynowym, oraz preparaty wapniowe. Przepisujemy:

Rp. Natri bromati 3,0.
Natri bicarbonici 1,5.
Aq. destill.
Sirup. cortic aurant àà ad 100,0.
M.D.S. Łyżeczka od herbaty na ½ godz. przed karmieniem (niestrawność z towarzyszącemi wymiotami).

Rp. Calcii chlorati 3,0.
Aq. destill.
Sirup. cortic. aurant. àà ad 100,0.
M.D.S. Łyżeczka od herbaty po każdem karmieniu (stolce śluzowe, bez wymiotów).

W biegunkach ciężkich, przebiegających z gorączką, objawami odwodnienia i toksycznemi — leczenie przeciwbiegunkowe sensu strictiori nie odgrywa żadnej roli.

Walczyć należy z odwodnieniem, objawami toksycznemi i osłabieniem układu krążenia. Do tego celu służą: domięśniowe wstrzykiwania krwi ludzkiej w ilości 10—20 cm^3, ew. transfuzja dożylna większych ilości; wstrzykiwania izotonicznego rozczynu cukru gronowego (4,7 grm. na 100,0), lub przy dominujących wymiotach (możliwość chloropenji) — rozczynów soli kuchennej.

Ze środków działających na układ krążenia i w celu pobudzenia zahamowanej diurezy najchętniej stosujemy kofeinę, doustnie lub podskórnie. (Coffein natr. benz. 0,05 na dawkę, 2 — 4 $\times$ na dobę), lub koraminę (½ — 1 cm. podskórnie, lub doustnie). Niektórzy zalecają wstrzykiwania adrenaliny lub hipofizyny (zatrzymanie wody).

W biegunkach o typie czerwonki (colitis muco-haemorrhagica), pomijając stosowanie surowicy przeciwczerwonkowej w przypadkach odpowiednich, niekiedy otrzymywaliśmy niezłe wyniki przy stosowaniu preparatów wapnia domięśniowo (calcium-glukonat., calcium-Sandoz), w dawce 5 — 10 cm. 10% rozczynu. Ta grupa biegunek najbardziej nadaje się również do zastosowania na początku leczenia t. zw. wyłącznej diety jabłkowej (w gotowej postaci sproszkowanej t. zw. pomonal).

Niemoc płciowa u mężczyzn jej patogeneza i racjonalne leczenie.

PODAŁ

DR. MARGIEL EDMUND,

Lekarz Szpitala Powszechnego we Lwowie.

W roku 1880 *Georg M. Beard* w Nowym Jorku wydał monografję o nowem schorzeniu, które nazwał n e u r a s t e n j ą: a practical treatise on nervous exhaustion.

Monografja ta obiegła cały świat lekarski i została doskonale przyjęta, gdyż już poprzednio poczęła kiełkować myśl o podziale cierpień nerwowych na organiczne i czynnościowe, względnie bez znanego podłoża anatomicznego. *(G. Hirsch* w r. 1843).

Po raz pierwszy poczęto wówczas zwracać więcej uwagi na chorego człowieka, a nie tylko na sam schorzały narząd. Zasługa *Bearda* jest doniosłą w zebraniu skarg i stanu chorobowego subjektywnego w jedną całość i pod jedną nazwą.

Pojęcie neurastenji w znaczeniu *Bearda*, uległo całemu szeregowi przemian w miarę dokładniejszego poznawania istoty choroby, jej przyczyn i dziś uznane jest pojęcie konstytucyjnej neuropatji.

Pojęcie to obejmuje wszystkie grupy objawów, opisane doskonale przez *Bearda* i z wyjątkiem fobji i myśli przymusowych, obejmuje cały konstytucyjny zespół chorobowy. Zespół ten może się ujawnić, wzmódz, ale nie może powstać wskutek czynników zewnętrznych, gdyż opiera się na czynnikach odziedziczonych, które osobnik ze sobą na świat przynosi.

Dziś stoimy na stanowisku, że neurastenja n i e j e s t j e d n o s t k ą c h o r o b o w ą, lecz z e s p o ł e m c e c h, z k t ó r e m i o s o b n i k r o d z i s i ę a s z k o d l i w o ś c i z e w n ę t r z n e jakiejkolwiek są natury, są tylko czynnikami w y w o ł u j ą c y m i, m a n i f e s t u j ą c y m i, ale nie tworzącymi.

Charakterystyczną cechą neurastenji jest b r a k p o d ł o ż a a n a t o m i c z n e g o i n i e s t o s u n e k b o d ź c a d o r e a k c j i. Tłomaczymy to za *Goldscheiderem*, tem, że próg pobudliwości neuronu jest tu w sposób patologiczny znacznie obniżony i bodziec, który w warunkach normalnych nie wywołuje silniejszej reakcji, tu wywołuje reakcję bardzo silną. Do teorji *Goldscheidera* o obniżeniu progu pobudliwości dodajemy jeszcze tłomaczenie *Verworna* o niestosunku między asymilacją a dyssymilacją neuronu co jest wywołane nieprawidłową czynnością gruczołów o wewn. wydzielaniu. *Niessl v. Mayendorf* twierdzi, że w neurastenji nie chodzi o sprawy chorobowe, lecz o patologiczne reakcje, przy wrodzonym chorobliwym podłożu.

Określenie podłoża, konstytucji, więzi, pochodzi ze starych czasów medycyny, która przyczynę rozmaitych schorzeń widziała w odmiennym od reguły składzie organizmu i jego soków *(Morgagni, Rokitansky, Virchow)*.

Nauka o konstytucji odżyła w nowszych czasach dzięki pracom *Martiusa* i *Krausa*. Dziś uważamy za konstytucję sumę właściwości życiowych, zarówno poszczególnych narządów, jak i całego ustroju.

Te odziedziczone właściwości tworzą predyspozycję, tak, że często drobne przyczyny wystarczą by wywołać, ujawnić skutek nie pozostający w żadnym stosunku do przyczyny wywołującej.

Szkodliwości zewnętrzne po raz pierwszy w życiu osobnika ujawniające objawy neurasteniczne są rozmaite. Na plan pierwszy wysuwa się cywilizacja, kultura i wszystko co z nią związane. Wzmożone wymagania, które stawia życie , zawód, walka o byt i powodzenie, zmartwienia, kłopoty, troski finansowe, przeżycia psychiczne rozmaitego rodzaju i t. p.

Rzuca się w oczy, że 98% neurasteników, to ludzie pracy umysłowej wzgl. ludzie pochodzący z takich rodzin. Neurastenja chłopska stanowczo stoi na planie drugim. Cywilizacja i wszystko co z nią związane, uczula osobnika, czyni go bardziej wrażliwym na bodźce *(Lamprecht)*.

Z dalszych szkodliwości zasługują na uwagę: ciężkie infekcje, przebiegające pod

postacią długotrwałych, bolesnych i wyniszczających schorzeń, złe odżywianie, brak snu. Na specjalną uwagę zasługują choroby weneryczne jak lues, gonorrhoe i inne schorzenia aparatu moczowo - płciowego, dalej szereg trucizn jak alkohol, morfina, kokaina, nikotyna, trucizny metaliczne jak rtęć i ołów. Te ostatnie odgrywają obecnie mniejszą rolę, dzięki higjenicznym przepisom stosowanym przy pracy zawodowej.

Ostatnia wojna udowodniła, że szkodliwości wyżej opisane nie mogą jednak wywołać neurastenji u ludzi ze zdrową konstytucją, więzią lecz manifestują cały zespół objawów neurastenicznych u ludzi z konstytucyjną neuropatją.

Podłoże nerwowe może wykazywać i najczęściej wykazuje anomalje: somatyczne i psychiczne. Somatycznie znajdujemy nieprawidłowości we funkcji narządów i systemów narządów; w czynności gruczołów, tworzeniu krwi, przemianie materji, w całem zachowaniu się biologicznem, cyklu menstruacyjnym i t. p. W sferze psychicznej widzimy słabość, łatwe męczenie się, przy stosunkowo nie dużym wysiłku. Pomiędzy temi 2 grupami objawów stoją objawy częściowo fizyczne, częściowo zaś psychiczne jak sen, nastrój, usposobienie, instynkt, popędy i afekty, których ośrodki leżą poza lub poniżej kory mózgowej.

Braun nie widzi jądra problemu w nadmiernej pobudliwości kory mózgowej jak *Martius,* ani w słabości (habitus asthenicus *Stilleri),* nie w złym rozwoju charakteru *Adlera* lecz w konstytucyjnej słabości systemu wegetatywnego i wypływających stąd zaburzeniach w harmonji czynności.

Neurastenję uważamy za niecelową reakcję osobnika na bodźce zewnętrzne. To określenie mówi jednak za mało, bo gdyby tak było, usunięcie tych bodźców musiałoby usunąć cierpienie wzgl. zmniejszyć jego natężenie. Gdy obserwujemy życie neurastenika, widzimy, że czynniki wewnętrzne, endogenne poprzez wahania, remisje i eksacerbacje dochodzą do punktu kulminacyjnego, potem tracą na dynamice w połowie życia danego osobnika, by na starość znów od czasu do czasu pojawić się. Z nerwowej konstytucji i jej reakcji, z nerwowej djatezy — jak określa *Schultz* — powstał nerwowy rozwój, warunkowany komponentą wewnętrzną, endogenną a wspomagany czynnikami zewnętrznemi, exogennemi.

W neurastenji mamy wewnętrzny kaprys czynności, który zdarza się i normalnie np. niedyspozycja śpiewaka, sportowca. Lekkie niedomagania endogenne, wahania w sprawności czynności są ogólnem biologicznem dobrem czy złem. Natomiast konstytucja nerwowa jest karykaturą *(Braun)* normalnych wahań, jest ich przesadą. Tu wahania są gwałtowniejsze i częstsze, zarówno w czynnościach cielesnych jak i psychicznych. W rozwoju charakteru nerwowego nie przeżycia czysto psychologiczne, lecz fakty biologiczne i podłoże są dominujące.

Neurastenja występuje częściej u mężczyzn w każdym wieku od 5 — 10 lat *(Oppenheim)* i we wieku bardzo podeszłym. Nie jest jednostką chorobową, lecz istnieje:

a) jako pojęcie pewnej psychologicznej lub psychofizycznej dynamiki lub jej objawów,

b) jako pojęcie podstaw charakteru, czy typu konstytucyjnego, w którym leży pogotowie takiej właśnie dynamiki.

L. Szondi skłania się do pojęcia *Stillera,* który dzieli neurastenję na postać apatyczną i pobudliwą (irritativ). Wychodząc z założenia że w neurastenji mamy zaburzenia w całym szeregu czynności, szukał autor ten zmian w przemianie materji i znalazł je w gospodarce cukrowej ustroju. Na podstawie badań nad krzywą cukru stwierdza on, że neurastenik apatyczny (odpowiadający do pewnego stopnia schizoidalnemu typowi *Kretschmera)* ma krzywą płaską a neurastenik irrytatywny (odpowiadający typowi cyklotymicznemu) ma krzywą stromą. Klinicznie więc dadzą się te 2 typy wzgl. 2 te postacie od siebie oddzielić.

Istnieje cały szereg cielesnych, objektywnie stwierdzalnych objawów, które dochodzą do skutku bez woli, bez świadomego celu, poprostu zjawiają się, jeżeli wystąpią jakieś procesy psychiczne. Podczas gdy znane są dobrze wpływy ciała na duszę, musimy również pamiętać, że istnieje stosunek odwrotny: wpływ ciała na du-

szę i duszy na ciało. W ten sposób powstają zaburzenia psychogenne. Możemy je podzielić na grupy:

A) Zaburzenia czysto mechaniczne, automatyczne, występujące w poszczególnych narządach. Klasycznym przykładem są zaburzenia przewodu pokarmowego w afektach (biegunki, bóle i t. p.).

B) Zaburzenia te — o ile powstają i powtarzają się często — mają skłonność do utrwalania się, do fiksacji; pozostają, choć niema już przyczyny psychicznej, a przez chorego bywają uważane za schorzenia cielesne. Często bywa i tak, że dany objaw cielesny, który raz wystąpił w danym afekcie, powtarza się już stale przy tym samym afekcie. Podczas gdy w tych przypadkach niema związku między treścią psychicznego przeżycia, a specjalnemi następstwami cielesnemi i tłomaczymy je wzmożoną pobudliwością, nieprawidłowo skierowaną lub podłożem, istnieje jeszcze

C) duża grupa objawów cielesnych, które powstają wskutek swoistego nastawienia uwagi na daną czynność, przez specjalne odczuwanie najdrobniejszych zaburzeń, chociażby fizjologicznych i nic nie znaczących z powodu obaw w tym kierunku. Zpoczątku tylko obawa, staje się cierpieniem rzeczywistem i wtedy już trudno odróżnić, co jest cielesne, a co psychiczne. To właśnie jest jedną z przyczyn, wywołujących niemoc płciową, która jest tematem niniejszej rozprawki — impotentia psychogenes — jedna z najczęstszych postaci niemocy płciowej występującej u mężczyzn.

Każdemu narządowi przypisujemy jakąś czynność. Czynność następuje pod wpływem bodźców idących z zewnątrz a przewodzonych przez nerwy i regulowanych przez system nerwowy. Proces ten zwykle odbywa się podświadomie, tylko mała część mózgu zawiaduje procesem świadomości i tworzy psychiczne życie człowieka, jego odczuwania, ruchy dowolne i myśl.

Normalny przebieg i spokojny tok tego życia ustroju we wszystkich jego przejawach może być w rozmaitych drogach i w rozmaity sposób zaburzony zarówno w jego czynności cielesnej jak i psychicznej. Przejściowe zaburzenia nie są chorobą, lecz czynnościowo wzmożoną reakcją na nienormalne czynnościowe bodźce. Choroba powstaje wtedy, gdy reakcja trwa długi czas, lub trwale, albo gdy występuje niestosunek między bodźcem a reakcją. Spotykamy tu 2 postaci:

1) Albo reakcje są za słabe i występują dopiero przy bardzo silnych bodźcach, albo za silne i występują przy bodźcach minimalnych. Są to zaburzenia występujące przy wadliwej konstytucji i oparte na wadliwem podłożu. Powstają na tle dziedzicznem, rodzinnem, wspomagane nieodpowiednim trybem życia, zatruciami, infekcjami i t. p. Zaburzenia te są najpierw somatycznie, choć i tu dusza odgrywa dużą rolę. Są to organiczne neurozy.

2) Psychoneurozy. Tu wchodzi w grę hamujący lub drażniący wpływ obrazów opanowujących świadomość; aczkolwiek dominującą przyczyną jest anomalja ustawienia psychicznego, lecz i tu podłoże, więź ma znaczenie decydujące.

Dążenie do utrzymania gatunku nie jest przypadkiem, ani wpływem kaprysu lub humoru człowieka, lecz jest warunkowane przemożnym popędem. Popęd płciowy, nie jest popędem jedynie do utrzymania gatunku, lecz ma osobisty cel seksualny na widoku. Popęd jest wrodzony, jest siłą stałą, a utrzymanie gatunku jest następstwem popędu, jest upragnione, w każdym razie przemyślane, lecz nie jest żywiołowem pragnieniem, żywiołową siłą *(Klages, Ribbert, Ribot)*. Popęd, w znaczeniu czegoś potężnego tylko dla utrzymania gatunku u człowieka, nie istnieje.

Popęd płciowy nie jest prostą czynnością jąder lecz powstaje przy wyraźnym współudziale innych gruczołów o wewn. wydzielaniu i układu nerwowego ośrodkowego. Powstaje w ten sposób sprzężone koło działań i przeciwdziałań, bodźców podniecających i hamujących. Popęd nie jest produktem jądra, lecz przyczynowym pierścieniem skomplikowanym, gdzie jednakowoż jądro odgrywa rolę główną. Popęd nie jest samodzielną psychofizyczną wielkością, lecz składową częścią ogólnego temperamentu.

Kardynalnymi warunkami zupełnej potencji są: libido, erekcja, orgasmus i ejakulacja.

Libido jest terminem wyjętym z nauki o popędzie celem określenia dynamicznego wyrazu życia płciowego, wpro-

wadzone przez *Molla* a ostatnio przez *Freuda* do psychoanalizy.

Potencja występuje u ludzi wcześniej niż zdolność zapłodnienia. Występuje między 13 — 14 r. życia, podczas gdy nasienie tworzy się w 15 r. życia, a czasem — w/g *Molla* — brak go w 16 r. Potencja może utrzymywać się do 70 r. życia (*Hirschfeld, Fürbringer*). Punkt kulminacyjny potencji ustanowił *Orłowski* na 25 r. życia; przeciętnie na 35, inni autorowie jeszcze wyżej. Latami jednak tego okresu nie można ustalić, gdyż, jak słusznie stwierdził *Nyström*: starość jest pojęciem względnem.

Czas trwania procesów anatomo-fizjologicznych w narządach rodnych, siła popędu są różne w osobnikach, a zależne są od rasy, klimatu, stosunków dziedzicznych składających się na tak zw. więź, konstytucję seksualną, dalej od stosunków socjalnych, które mają decydujące znaczenie.

Zdolność płciowa mężczyzny niknie około 60 roku życia, zdolność zapładniania utrzymuje się znacznie dłużej. Popęd płciowy trwa przez okres ten ze zmienną siłą lecz nigdy nie wykazuje tak wyraźnej okresowości, perjodyczności jak u zwierząt. Siła popędu zależy od wielu czynników, dużą rolę odgrywa tu kultura, momenty zewnętrzne i t. p.

Fizjologicznie uważamy popęd za czynność kory mózgowej, ośrodka jednak nie znamy. *Gall* szukał w móżdżku, ale niema na to żadnych danych. Bliskie stosunki z powonieniem, każą przypuszczać, że ośrodek płciowy leży gdzieś w pobliżu ośrodka powonienia (gyr. uncinnatus) lub, że są one złączone ze sobą potężnemi drogami asocjacyjnemi.

Bardzo dużą rolę odgrywają gruczoły o wewn. wydzielaniu. Powstaje tedy w ten sposób zależny od siebie stosunek czynnościowy, płynący od kory mózgowej, jako miejsca powstawania uczuć i obrazów erotycznych, przez gruczoły o wewn. wydzielaniu do narządów płciowych i odwrotnie. Kora mózgowa działa przez przyjęcie lub reprodukcję obrazów seksualnych na narządy płciowe.

Doświadczenia *Goltza* wykazały, że kora mózgowa działa hamująco, mianowicie przecięcie rdzenia lędźwiowego ułatwia erekcję. Za hamującem działaniem mózgu u człowieka przemawia fakt, że wpływy woli, wzruszenie, obawa przed zaskoczeniem, czynniki etyczne, estetyczne mogą erekcję pohamować lub istniejącą już doprowadzić do zaniku.

Częstość stosunków płciowych zależy od:

1) seksualnej konstytucji. Jest to wynik wewnętrzny, endogenny, dziedziczno - biologiczny, który aktualizuje się według *Bauera* w 3 kierunkach: w czynnościowem zachowaniu się, w budowie i rozwoju organizmu. Konstytucja jest złożona z poszczególnych struktur genotypu (*Magnus-Hirschfeld*) i jest ściśle związana z aparatem gruczołowym wewn. wydzielania,

2) od sposobu życia: warunków i otoczenia,

3) od podniet zewnętrznych,

4) od stopnia i rodzaju odżywiania,

5) od niezbadanych czynników fizycznych i psychicznych,

6) do pewnego stopnia od pór roku.

Impotencją, niemocą płciową nazywamy brak reakcji organów płciowych na libido. Jeżeli niema popędu, czyto z przyczyn wrodzonych czy innych, niema mowy o niemocy.

Zaburzenia potencji mogą powstać na tle całego szeregu przyczyn fizycznych i psychicznych.

Powstanie erekcji — wzwodu członka — powodują dwa czynniki:

a) wzmożone wypełnienie ciał jamistych (corpora cavernosa penis), które dochodzi do skutku przez obniżenie napięcia naczynioruchowego w odpowiednich tętnicach, wskutek czego większa ilość krwi dopływa do prącia.

b) utrudnienie odpływu żylnego, spowodowane przez toniczne napięcie musc. transversus perinei i musc. bulbo i ischiocavernosi.

Przy wytrysku występują kloniczne skurcze obu powyższych mięśni, które poczynają działać, w chwili gdy wskutek reflekterycznej perystaltyki ampulli vasorum deferentium pęcherzyków nasiennych i ductus ejaculatorii, nasienie trafia do części błoniastej cewki.

Obniżenie napięcia naczynioruchowego przy erekcji przychodzi do skutku częściowo przez drażnienie ośrodków wasodylatacyjnych. Ośrodki te są częściowo

rdzeniowe, leżące w SI — S3, częściowo zaś są to parasympatyczne kompleksy z plexus hypogastricus inferior. Włókna dylatacyjne są to nervi erigentes. Ośrodki Sl — S3 stoją w łączności z ośrodkiem naczynioruchowym w rdzeniu przedłużonym drogą sznura bocznego w rdzeniu pacierzowym; z rdzenia przedłużonego docierają do odpowiedniego ośrodka w mózgu. Ośrodek tonicznego napięcia mm. transv. perinei i ischio-bulbo cavernosi leży w szarej substancji S3 — S4; tak samo dla klonus przy ejakulacji.

Centralną i najwyższą instancją w mechaniźmie płciowym jest kora mózgowa. Tu powstają seksualne uczucia i popędy. Ta część mózgu jest drażniona zarówno bodźcami obwodowymi jak i centralnymi.

Jak z powyższego wynika potencja jest współdziałaniem 3 czynników:

a) vasomotilitas naczyń penis,

b) pobudliwego działania hormonów i

c) psychosexualitas, która używa obu poprzednich jako swych wyrazicieli.

Psychofizjologiczny przebieg, obejmujący pojęcie popędu płciowego składa się:

1) z obrazów wzbudzonych centralnie lub obwodowo, a które skłaniają do cielesnego lub duchowego zetknięcia się z innymi osobami płci odmiennej,

2) z wrażeń lub uczuć, które wychodzą z genitalji i skłaniają do czynności seksualnych.

Każdy z tych obu czynników popędu może być wywołany zarówno obwodowo jak i centralnie. Warunkiem głównym, by w ogólności popęd mógł się rozwinąć, jest jądro prawidłowe.

Czas trwania erekcji zależny jest od czynników hamujących, od energji unerwiającej ośrodki erekcyjne, od wcześniej czy później występującej ejakulacji.

Jest zrozumiałe, że dla normalnego przebiegu czynności płciowych, konieczne są normalne drogi: wiodące od mózgu do narządów płciowych i odwrotnie, prawidłowe muszą być zarówno drogi obwodowe jak i centralne.

Zaburzenia potencji mogą powstać na tle całego szeregu przyczyn, na jednej z tych dróg.

Hirschfeld ułożył schemat podziału niemocy na podstawie dróg seksualnych. Rozróżnia więc niemoc: mózgową, rdzeniową i obwodową. Inni autorowie dzielą niemoc na płciowo - organiczną i czynnościowo - nerwową wzgl. psychiczną (przy prawidłowych narządach płciowych), jako jeden z objawów ogólnego schorzenia układu nerwowego.

Niemoc płciowa na tle zboczeń, perwersji, stanowi osobny rozdział, który tu omawiany nie będzie.

Grupa I. Płciowo-organiczna.

Należy tu:

1) Brak prącia z powodu operacji, usunięcia z przyczyn religijnych (sekta skopców). Zniszczenie samej żołędzi nie jest przeszkodą, tak samo zbyt wielki członek z powodu habitualnego przekrwienia *(Posner)*. Eunuchoidyzm, hypospadja, epispadja, guzy złośliwe czy dobrotliwe, guzy sąsiedztwa, przepukliny, wodniak, otłuszczenie, słoniowacizna moszny do pewnego stopnia nie są przeszkodą. Większe znaczenie ma stulejka zwłaszcza z bolesną balanitis.

2) W starszym wieku przeszkodą w immisio penis mogą być zboczenia członka z powodu plastycznej induracji (chorda).

Chrząstkowe zgrubienia okrężne, powoli się rozwijające, mogą doprowadzić do częściowego zaniku światła w ciałach jamistych prącia, dalej należy tu jeszcze miażdżyca tętnic, dająca czasem cavernitis.

3) Zniszczenie lub zanik jąder z wypadnięciem czynności zewnętrznej i wydzielania wewnętrznego, obustronne wnętrostwo. Po obustronnem wytrzebieniu przez pewien czas jeszcze spostrzega się erekcje. Występowanie popędu płciowego u ludzi bez jąder i u eunuchoidów, wskazuje na dostarczenie substancji „libidogenes” przez inne gruczoły o wewnętrznym wydzielaniu.

4) Dystrofja przysadki mózgowej *(Fr. Kraus)*.

5) Zniszczenie najądrzy, mające tak wielkie znaczenie w bezpłodności, jest bez znaczenia, jeśli chodzi o potencję, gdyż nie ogranicza wewnętrznego wydzielania jąder.

6) Zanik sterczu i perinealna prostatektomja.

7) Bardzo żywo dyskutowany jest obecnie problem, czy przewlekłe sprawy zapalne w tylnej cewce moczowej, zwłaszcza w zakresie colliculus seminalis, mogą być przyczyną niemocy. Cały szereg autorów (*Fürbringer, Finger, Orłowski*) jest za tem, inni natomiast stoją na stanowisku, że sprawy chorobowe tu umiejscowione są czynnikami wywołującymi schorzenia nerwowe, zwłaszcza że stwierdza się tu niestosunek między drobną sprawą anatomiczną, a ciężkiem schorzeniem nerwowem. Za tem przemawiają prace *Stekla, M. Hirschfelda, Molla, Rohledera i Posnera*. Natomiast *Orłowski* — na podstawie całego szeregu danych — twierdzi, że colliculitis seminalis nie ma nic wspólnego z neurastenją seksualną, powoduje jednak przedwczesny wytrysk nasienia, ejaculatio praecox, który jest jedną z przyczyn do utrwalania się przekonania o niemocy płciowej.

8) Wstrzemięźliwość płciowa nie może być przyczyną niemocy, jednak może obniżyć popęd (*Nyström*), zmniejszyć ilość wydzielanej spermy i substancji „libidogenes" (*Loewenfeld*), wywołać bolesny obrzęk jąder i nasieniowodu. Zaburzenia powstające z powodu abstynencji, ich nasilenie zależy od następujących czynników:

a) od konstytucji ogólnej i seksualnej (silniejszy lub słabszy popęd płciowy),

b) od wieku,

c) od płci,

d) od zewnętrznych warunków życiowych (wpływy alkoholu, nikotyny, lektury, kina, teatru i t. p.),

e) od stopnia wstrzemięźliwości,

f) od czasu jej trwania,

g) od przyczyny stwarzającej (zewnętrzna czy duchowa),

9) Jasne i wytłumaczalne są przyczyny impotencji jako następstwa wyniszczających schorzeń jak: zapalenia nerek, wiąd rdzenia, zapalenia rdzenia i t. p. Cukrzyca prawie w połowie przypadków i to już na początku schorzenia powoduje niemoc (*Seegen, v. Noorden*). Zdarzają się przypadki jednak zupełnie dobrej potencji. Upadek libido i potencji jest jednak o wiele częstszy, niż stosunki prawidłowe. Niemoc tu występująca poprawia się bardzo często przy leczeniu djetetycznem. Często występujące przypadki niemocy w cukrzycy wskazują, że nietylko zaburzenia w przemianie materji i niedożywianie komórek jest jej przyczyną, lecz musimy przyjąć, że tu ten sam czynnik szkodliwy, wpływający na przemianę cukru, wpływa też na narządy płciowe. Wskazuje na to, choć rzadko występujący zanik jąder w cukrzycy (*M. Levy*).

W zapaleniu nerek wchodzi w rachubę gorszy stopień odżywiania.

W wiądzie rdzenia nie zawsze występuje niemoc, bardzo często potencja jest zupełnie dobra, częściej jednak skarżą się chorzy na przedwczesny wytrysk nasienia, zwiększone pollucje, jeszcze częściej za zanik libido i orgasmus. Zdarzają się wypadki priapismus. Często spostrzega się osłabienie wzwodu przy równoczesnym zwiększonym popędzie.

W myelitis i ciężkich uszkodzeniach rdzenia i kręgosłupa spotykamy również niemoc. Przyczyna jest jasna, zważywszy, że normalna potencja musi mieć prawidłowe drogi nerwowe, zniszczenie jednej z dróg musi dać jako następstwo niemoc płciową, czasem z początku wzmożenie czynności jako następstwo drażnienia.

W ten sposób tłomaczymy niemoc występującą po krwotoku mózgowym jakiegokolwiek podłoża (lues, miażdżyca, nerki, wada serca), dalej w porażeniu postępowym; tu najczęściej występuje wzmożenie libido bez erekcji.

10) Do tej grupy należą jeszcze uszkodzenia miednicy małej.

Zaburzenia potencji w otłuszczeniu nie dadzą się wytłumaczyć jedynie podściółką tłuszczową w pobliżu narządów płciowych, a więc tylko trudnościami mechanicznymi, lecz prawdopodobnie wchodzą tu w rachubę zaburzenia gruczołów o wewn. wydzielaniu.

W gruźlicy płuc spotykamy raczej wzmożenie libido i zupełnie dobrą potencję (phtisicus salax).

11) Zrozumiałą jest impotencja w kacheksji.

12) Z chorób infekcyjnych zasługuje na uwagę przedewszystkiem grypa, w której *Gerty i Raymond-Hammond* stwierdzili zupełną i lata całe trwającą niemoc płciową.

13) Z zatruć na uwagę zasługuje przedewszystkiem alkohol. Usuwa wprawdzie czynniki hamujące, płynące z mózgu

lecz osłabia siłę czynności płciowej. Silne i częste używanie alkoholu, zwłaszcza piwa, obniża napięcie fizyczne i psychiczne. Ujemny wpływ piwa nie uwidacznia się tak silnie w erotyce, jak w jądrach. W rzadkich wypadkach może doprowadzić do zaniku potencji. Z innych trucizn wchodzą w rachubę: nikotyna, morfina, kokaina, haszysz, opium. Prawdopodobnie przeciwdziałają one — obok wyniszczającego działania na ustrój — tworzeniu się hormonów, a być może uszkadzają jądra. *M. Cayrel* w Giornale di Clinica 1926 podaje szereg przypadków, w których podczas leczenia jodo-bizmutem występowała przejściowa niemoc, znikająca po leczeniu swoistem. Jaki był tu udział czynnika psychicznego — trudno powiedzieć. Przyczyna nie jest znana, w piśmiennictwie przypadki takie nie są opisane.

Grupa II neuro-psychogenes.

Ta postać niemocy płciowej dotyczy — jak wykazały statystyki neurologów i seksuologów — ludzi wykształconych i kulturalnych. Głównie, lecz nie wyłącznie.

Z całego szeregu zaburzeń i kombinacji zaburzeń seksualnych, najczęstszą skargą jest: przedwczesny wytrysk nasienia, ejaculatio praecox, przy zupełnie dobrze utrzymanej erekcji. Postać ta odpowiada Casperowskiej: impotentia irritativa, co *Eulenburg* wyjaśnia nadwrażliwością ośrodka wytryskowego. Rzecz jasna, postaci tej, która jest niewątpliwie chorobliwą, nie można identyfikować z szybkim wytryskiem nasienia u młodzieńca, zupełnie normalnego, przy pierwszym stosunku z powodu bardzo silnego podrażnienia erotycznego.

Ejaculatio ante portas, wytrysk nasienia tuż przed stosunkiem lub przed dotknięciem jeszcze części płciowych kobiety, połączona ze słabą erekcją, jest najcięższą postacią zaburzeń potencji. Bywają postacie tak ciężkie, że trudno je odróżnić od pollucji, zmaz dziennych.

Ejaculatio praecox jest objawem bardzo skomplikowanym. Występuje jako neuroza rdzenia lędźwiowego ale nie jako wczesne stadjum neurastenji seksualnej *(Krafft-Ebing)*.

Stekel tłomaczy przedwczesny wytrysk nasienia w sposób następujący: akt płciowy składa się z libido i czynników hamujących; jeżeli libido nie jest dostatecznie silne, a czynniki hamujące biorą górę, jak np. obawa przed infekcją, wstręt, czynniki hamujące natury religijnej, etycznej a ponadto mamy u danego osobnika astenję systemu seksualno-wegetatywnego — występuje ejaculatio praecox.

Przypadki braku wytrysku nasienia należą raczej do aspermatismus. Powolny wyciek spermy, po właściwej ejakulacji jest albo pochodzenia organicznego lub czynnościowego.

W postaci organicznej najczęściej spotyka się zwężenia cewki, rzadziej ucisk ductus ejaculatorii. W formie czynnościowej, spóźniony skurcz cewki lub dróg wytryskowych.

Drugiem zaburzeniem potencji jest brak zupełny erekcji, lub silna erekcja niknie tuż przed podjęciem aktu, lub wreszcie po immissio penis. Zaburzenia te mają małe znaczenie, jeśli znikł popęd; tę ostatnią postać spotykamy jako zupełnie fizjologiczną w starości.

Trzeciem zaburzeniem jest słaba erekcja lub brak jej przy wzmożonym popędzie. Tę postać spotykamy w tabes dorsalis, paralysis progressiva, po krwotokach mózgu.

Czwartem zaburzeniem jest impotentia paralytica, t. j. zupełny brak popędu i erekcji, u ludzi, u których poprzednio czynności te były zupełnie prawidłowe, w odróżnieniu od anestezji seksualnej, gdzie nigdy nie było tych czynności, a libido znają ludzie tacy tylko z opowiadania. Przyczyną niemocy paralitycznej jest najczęściej wyczerpanie odpowiednich ośrodków, wskutek abusus in Venere.

Postacią najczęściej występującą jest niemoc płciowa psychiczna. Występuje u ludzi wrażliwych, subtelnych. Ludzie tacy, nagle, pewnej nocy stwierdzają, że są impotentami. Może to być noc poślubna lub jedna z nocy wśród długotrwałego małżeństwa. Przyczyną powstania tej częstej postaci niemocy są czynniki hamujące, idące z mózgu do ośrodków rdzeniowych. Czynniki hamujące są dla człowieka kulturalnego bezprzecznie bardzo ważne, gdyż od popędu, od towarzyszących mu uczuć i od czynników hamujących, zależy cała seksualna wolność człowieka, w innym bowiem wypadku dochodziłoby do

ekscesów, a nawet zbrodni. Czynniki hamujące są to: wychowanie, samowychowanie, względy natury etycznej, estetycznej, religijnej i t. p.

Urolog *O. Schwarz* stwierdza, że przeważająca ilość przypadków niemocy nie jest pochodzenia somatycznego, lecz psychicznego.

Odgraniczenie neuropatji od psychopatji, która jest cięższą i w zasadzie zupełnie odmienną jest dosyć trudne. Często dwa te pojęcia zlewają się, a przejścia między niemi są bardzo płynne. W neuropatji wszystko możemy sprowadzić do elementarnych, reflektorycznych podrażnień i zmęczenia, „drażliwego osłabienia" systemu nerwowego, natomiast konstytucyjne zaburzenia życia psychicznego mają i przyczynę i skutki cięższe.

Czynnik psychiczny w niemocy płciowej psychicznej jest bardzo przejrzysty. U jednych np. raz stosunek nie udał się, do tego dołącza się ironiczny uśmiech partnerki lub lekceważące wyrażenie, a książki i broszury robią resztę. Od tego czasu męczy ich obawa, że to się zawsze będzie powtarzać i odtąd człowiek taki nie myśli już o samym akcie płciowym, ani o partnerce, lecz męczy go ustawicznie myśl, czy stosunek się uda? Czasem czynnikiem hamującym jest wstręt.

Raz odczuty wstrętny zapach może być czynnikiem hamującym i to nie tylko u tej samej partnerki. Klasycznym przykładem jest przypadek poniższy:

W. L. lat 39, oficer W. P. żonaty od lat 6, silnie zbudowany, bez anomalji płciowych. Pewnej nocy, na usilne prośby swej żony podjął z nią stosunek w czasie menstruacji. Odtąd prześladuje go zapach „surowego mięsa", który uniemożliwia mu podjęcie stosunku nie tylko z żoną, lecz i inną partnerką.

Jeżeli ktoś nie może podjąć stosunku z powodu przykrego zapachu, jest to zupełnie normalne i świadczy o estetycznej kulturze. Jeżeli jednak raz odczuty, przykry zapach podczas stosunku, rozciąga się i na inne stosunki, choć właściwego powodu już brak, dalej na stosunki z innemi kobietami, wśród warunków najidealniejszych, to z całą pewnością uznać go należy za czynnik hamujący patologiczny u neuro- czy psychopaty.

Niemoc psychiczna jest wywoływana czynnikami hamującymi tak różnorakimi, jak różnoraką jest myśl ludzka.

Im wyższą jest kultura, tem więcej powstaje czynników hamujących w duszy człowieka. U neurastenika rozpoczyna się walka między charakterem a popędem, a rezultatem są neurasteniczne obrazy treści seksualnej. Zwykle najpierw zwycięża charakter, człowiek żyje we wstrzemięźliwości płciowej, jednak ciężko tego dotrzymać, powstają wyrzuty, samooskarżanie się, rozwija się uczucie mniejszej wartości z powodu słabej woli. Neurastenja, neuroza powstaje w 3 fazach:

1) Dążenie do absolutu, powstaje niepokój, poczucie obowiązku, wstręt do spraw nizkich.

2) Poznanie niemożności spełnienia tego, rozwija się samokrytycyzm, powstają wyrzuty, obawa przed wstydem, obawa przed rzeczywistością.

3) Załamanie się wyższe — idealne ja — człowieka jest bezsilne wobec impulsów natury zmysłowej.

Neuroza jest skonkretyzowanym przykładem walki z sumieniem. Neurastenik jest człowiekiem sumienia. Uczucie winy, strachu występuje wyraźnie, lub jest zamaskowane innymi objawami.

Somatycznie występują objawy seksualnej hypochondrji z obawą w kierunku zdolności spółkowania. Drobne, nic nie znaczące parestezje w obrębie sfery płciowej są pilnie obserwowane, zwłaszcza występujące wycieki nasienia, spermatorrhoe lub zmazy nocne. Chory tłumaczy je sobie przesadnie, obraz pogłębia się, obejmuje cały ustrój i przechodzi w neurastenję ogólną. Sam akt płciowy staje się źródłem obaw i ciężkich przejść. Staje się zadaniem, któremu — jak się wydaje choremu — nie jest on w stanie sprostać. Chory jest zakłopotany, niespokojny, pełen wątpliwości, czynności płciowe nie mogą być spełnione, gdyż chory boi się, wykazuje nagłą bierność. Drobne niepowodzenia jakie tu i ówdzie normalnie się zdarzają, tu działają jako silne bodźce i wstrząsy a w następstwie dają utrwalenie cierpienia. Przy nowej nadziei i perspektywie wyleczenia może przyjść do wzmożenia siły i zdolności działania.

W ten mniej więcej sposób powstaje niemoc psychiczna z jej objawami: brakiem erekcji lub przedwczesnym wytryskiem nasienia, erekcją bez wytrysku i orgasmus bez wytrysku. Do tych objawów dołączają się inne objawy lub zespoły objawów bądźto o charakterze cielesnym,

bądźteż psychicznym: doszukiwanie się przyczyn choroby, ustawiczne zastanawianie nad niemi, samowyrzuty, reaktywna depresja, niektóre obrazy przymusowe a wszystko to jest wyrazem niezaspokojonego erotyzmu i seksualnych życzeń.

Jeśli niema ciężkiego podłoża psychicznego, myśl o samobójstwie występuje rzadko. Są to jednak ludzie pożałowania godni, przeżywający ustawicznie chęć i niemożność, wstyd i ból, że nie mogą sprostać słusznym wymaganiom i pragnieniom ukochanej kobiety, obawę przed zdradą z jej strony, co doprowadza ich do depresji, melancholji, wstrętu do życia i przy sprzyjających ku temu okolicznościach do samobójstwa.

Niemoc ciężko uszkadza radość życia, siłę czynu, zaufanie do siebie i chęć do życia. Jest schorzeniem ciężkiem i pocieszanie pacjenta, jak to się często zdarza, że: „to jest tylko nerwowe i przejdzie" jest słabą dla niego pociechą.

Zdarzają się postacie niemocy z powodu głębokiej i usilnej pracy umysłowej; zdarza się to u badaczy, uczonych, pracujących nad jakimś problemem, wynalazkiem i t. p. Jest to odwrócenie uwagi, sublimacja popędu, uduchowienie *(Hirschfeld)*. Jest to postać czysto psychiczna i znikająca np. na dłuższej wycieczce morskiej, po dłuższym wypoczynku bez pracy dotychczasowej i t. p.

Podział niemocy według *Krafft-Ebinga* na obwodową, rdzeniową i mózgową jest schematyczny i mieści w sobie niemoc zarówno organiczną jak i czynnościową i psychiczną.

Do postaci czynnościowych należą przypadki wyczerpania ośrodka erekcyjnego, tak dalece, że ono wcale nie ulega podrażnieniu np. po ekscesach in Venere, masturbacji chronicznej. Z drugiej strony może być ośrodek nadmiernie pobudliwy, występuje wtedy przedwczesny wytrysk nasienia.

Potencja jest, psychodynamicznie biorąc, rezultatem napięcia oporu. Przy normalnej potencji jest obok seksualnego napięcia, mniejszy lub większy opór, to zn. czynniki hamujące, świadome lub podświadome. Zaburzenia potencji odnosimy do zaburzeń we właściwym stosunku napięcia do oporu, a więc:

a) przy normalnem napięciu za duży opór (niemoc psychiczna),

b) przy normalnem oporze za małe napięcie (niemoc neurasteniczna).

Napięcie płciowe powstaje prawdopodobnie w ten sposób, że kora mózgowa, ośrodki wegetatywne śródmózgowe i takież rdzenia, regulujące czynności seksualne poprzez jądra i gruczoły o wewn. wydzielaniu zostają wprowadzone w stan napięcia.

L. R. Müller rozumie to wprowadzenie w stan napięcia w ten sposób, że mózg, a tem samem dusza, zostaje przez hormony przysposobiony, staje się bardziej podatny na wyobrażenia i życzenia płciowe.

H. Zondek twierdzi, że działanie hormonów (o których będzie mowa) zależne jest od stanu koncentracji jonów nieorganicznych jak potas, wapń. Hormony więc nie działają same przez się, lecz w pewnej ustalonej koncentracji elektrolitycznej w tkankach. Rzecz jasna, wchodzi tu w rachubę układ wegetatywny, gdyż on właśnie reguluje koncetrację jonów w komórkach.

Konstytucyjna struktura duszy i każdorazowy jej stan wpływają w dużej mierze na napięcie. Napięcie ośrodków seksualnych, zmniejszona lub zwiększona pobudliwość płciowa zależy więc:

1) od stopnia napełnienia ośrodków substancjami wewn. wydzielania,

2) od stopnia koncentracji jonów,

3) od układu wegetatywnego,

4) od komponenty konstytucyjnej (konstytucyjne pogotowie lub opór na asocjacje psychoseksualne),

5) od czynnika psychicznego, jak nastrój, wywołany asocjacjami.

Zaburzenie potencji może być wywołane zmianami w zakresie jednego z powyższych czynników.

Większość lekarzy widzi przyczynę niemocy w zwiększonym oporze, a więc doszukuje się przyczyny w duszy ludzkiej. Pod tym względem bardzo często zachodzi przesada, bo nie pamięta się o niemocy z powodu słabego napięcia. Hormonalne napięcie ma bardzo duże znaczenie i trzeba o tem pamiętać, mimo że obraz niemocy, z którą w danym wypadku mamy do czynienia jest tylko psychoneurotyczny.

Praktycznie więc należy podzielić niemoc na dwie duże grupy:

A) Impotencja organiczna, gdzie spotykamy błędy, defekty, wady

(opisane powyżej) obwodowe, rdzeniowe i mózgowe.

B) Impotencje czynnościowe, które znów należy podzielić na: niemoc o charakterze neurastenicznym i czysto psychiczną.

W praktyce spotyka się często, względnie nasuwa się często pytanie: czy moment hamujący jest rzeczywiście tak silny, czy może popęd jest za słaby, tak że, najmniejsza przeszkoda wydaje się nie do przebycia? W praktyce więc często mamy sposobność rozstrzygania, czy mamy niemoc neurasteniczną, czy psychiczną.

Niemoc płciowa neurasteniczna (neurastenja seksualna) jest często objawem ogólnej neurastenji i występuje po coitus interruptus, masturbatio chronica, ekscesach in Venere, wskutek wyczerpania ośrodków wytryskowych i wzwodowych. W tej postaci mamy właśnie przykład niemocy płciowej z powodu słabego napięcia a nie silnego oporu.

Ogólnie więc zaburzenia w napięciu powstają:

1) W zaburzeniach samego jądra: urazy, wpływy chemiczne przy truciznach jak alkohol, nikotyna, kokaina, morfina i t. p. choroby infekcyjne. Zaburzenia rozwojowe jak: brak jąder (anorchia) eunuchoidyzm, infantylizm i t. p.

2) W zaburzeniach innych gruczołów, stojących w związku korrelacyjnym z jądrami: tarczycy, przysadki mózgowej, nadnercza, grasicy i szyszynki.

3) W zaburzeniach konstellacji jonów w gruczołach niezmienionych a więc w zaburzeniach systemu wegetatywnego.

4) Z powodu szczególności struktury duszy.

Pulvermacher dzieli nawet niemoc płciową z zupełnem wykluczeniem komponenty psychicznej na an- i dyshormonalną, co znów oczywiście jest przesadą.

Do osobnych rozdziałów należą często występujące skargi przy impotencji. Są to pollucje, zmazy dzienne i nocne i wyciek nasienia, spermatorrhoe.

Na tych objawach, jako niesłychanie ważnych w leczeniu niemocy płciowej musimy nieco się zatrzymać.

Normalnie mogą występować zmazy nocne co 10 — 20 dni przy wstrzemięźliwości płciowej. Częstsze, np. kilka razy w tygodniu, są bezwzględnie chorobliwe. Nie są one jednostką chorobową, lecz jedynie objawem ogólnego schorzenia nerwowego. Spotykamy je też głównie w neuropatjach, neurastenjach i psychastenjach. Im wyraźniejszy jest sen erotyczny, który poprzedza zmazę, im wyraźniejszą erekcja i ejakulacja, tem słabiej występują następnie objawy psychofizyczne jak: depresja, uczucie znużenia, bóle głowy i t. p.

Jeszcze cięższymi pod względem znaczenia są zmazy dzienne, wywołane minimalnymi przyczynami np. siedzeniem na genitaljach lub podnietą psychiczną: lekturą, obrazami pornograficznymi, wyobrażeniami seksualnymi. Zdarzają się one również tuż przed immissio penis i znajdują się w ścisłym związku z ejaculatio praecox ante portas; erekcja i orgasmus spadają do zera. Do tej samej grupy należą przypadki zmaz dziennych przy wstrząsach cielesnych np. podczas jazdy konnej, autem po nierównym bruku *(Tannenbaum, M. Hirschfeld)*.

Objawy te występują na tle nadmiernej pobudliwości narządów płciowych w ogólnej neurastenji, a występowanie ich potęguje istniejącą już neurastenję, gdyż chorzy zazwyczaj mają opaczne pojęcie co do przyczyn i skutków. Jest to circulus vitiosus in optima forma.

Drugim ważnym czynnikiem etjologicznym jest onanja i ekscesy in Venere. Szkodliwość nadużyć seksualnych nie polega — jak naogół sądzą chorzy — na utracie białka wskutek częstych ejakulacji. Wydzielina jest wprawdzie silnie białkowa, lecz w miarę częstych stosunków zmniejsza się jej ilość a ustrój ma zresztą dużą zdolność reprodukcji. Szkodliwość nadużyć płciowych leży raczej w częstem powtarzaniu czynnika, tak potężnie drażniącego system nerwowy, jakim jest akt płciowy. Częste te podrażnienia wprowadzają ośrodki w rdzeniu i mózgu w stan stałego napięcia tak, że drobne bodźce, czyto z obwodu, czy z ośrodka płynące, doprowadzają do wydzielania spermy.

Trzecim ważnym czynnikiem do powstawania zmaz są organiczne schorzenia systemu centralnego z wiądem rdzenia na czele, choroby konstytucyjne i infekcyjne jak cukrzyca, gruźlica, tyfus.

Schorzenia w zakresie tylnej cewki mo-

czowej wywołują raczej wyciek nasienia niż zmazy, jednakże zapalenia przebyte mogą być przyczyną neurastenji seksualnej z powodu opacznych wyobrażeń chorego o skutkach tych schorzeń.

Czy wstrzemięźliwość płciowa może być przyczyną chorobliwych zmaz jest bardzo wątpliwe, gdyż właśnie po ekscesach in Venere widzimy często pollucje, a jeśli występują u wstrzemięźliwych, najczęściej chorzy tacy ukrywają, że długi czas poprzednio uprawiali w ten sposób nadmierny samogwałt.

Czemś zupełnie odrębnem jest spermatorrhoe. Chodzi tu o wycieki nasienia przy oddawaniu moczu i kału bez wyobrażeń erotycznych, erekcji i orgasmus. Nie należy tego stanu utożsamiać ze zmazami bez wzwodu członka. Objaw ten niesłychanie niepokoi chorego. Mechanizm tego zaburzenia nie jest jeszcze dokładnie zbadany. Słuszną wydaje się teorja *Lallemanda* o reflektorycznem współruchu pęcherzyków nasiennych przy oddawaniu moczu i kału. Jakakolwiek jednak jest przyczyna, musi się ponadto dołączać niedomoga ductus ejaculatorii. Bez tego niema wycieku nasienia, a wpływy układu nerwowego stoją tu przyczynowo na planie drugim. Na podstawie badań urologów i seksuologów na planie pierwszym w powstawaniu niedomogi ductus ejaculat. stoją miejscowe schorzenia anatomiczne, zwłaszcza następstwa po tryprze. Neurastenja jest tu czynnikiem posiłkowym. Olbrzymia większość cierpiących na spermatorrhoe to albo neurastenicy, albo psychastenicy.

Z innych czynników, mogących być przyczyną, zasługują na uwagę: cewnikowanie, drażniące wstrzykiwania i inne zabiegi urologiczne, stulejka (phimosis), choroby stercza z niedomogą dróg wytryskowych. *Porosz* stwierdził anatomiczną atonję prostaty bądźto z powodu spraw cewkowych bądźteż parezy nerwowej i uważa ją za najpoważniejszą przyczynę wycieku nasienia i chorobliwych zmaz.

Większość cierpiących na wycieki nasienia są to ludzie młodzi, zdarzają się jednak przypadki i w podeszłym wieku. Przeważają neuropaci, którzy wyolbrzymiają powagę tego schorzenia. *Tissot* i *Lallemand* mocno przesadzili, twierdząc, że doprowadza ten stan do chorób psychicznych.

Osobną grupę niemocy stanowią przypadki tejże z powodu z b o c z e ń, perwersji, które należą już do psychopatologji seksualnej.

Jedna z postaci zboczenia jest a n a e s t e s i a s e x u a l i s, t. j. brak popędu płciowego. Jest to postać bardzo rzadka. *Krafft-Ebing* opisał zaledwie 3 przypadki czystej anestezji. Poniższy przypadek, będący obecnie w mojem leczeniu jest przykładem klasycznym:

W. L. publicysta z wykształceniem filozoficznem, wolny, lat 31. Stan wewnętrzny bez zmian. Dotychczas nie miał stosunku płciowego. 2 — 3 razy w miesiącu zmazy nocne bez snów erotycznych. Nie ma żadnych pragnień seksualnych, tylko wiedząc, że tak być nie powinno, zgłosił się do lekarza. Chciałby być takim jak inni i: „jeżeli da się brak ten usunąć to dobrze, jeżeli zaś nie, nie będzie zmartwiony, bo mu to do życia nie jest potrzebne i nie czuje się z tego powodu nieszczęśliwym”. Jak długo pamięta, nigdy nie miał chęci do podjęcia stosunku, nigdy żadna kobieta nie podniecała go, raczej, i to bardzo mało, opowiadania treści erotycznej lub lektura pornograficzna. To było jednak dawniej. „Dziś kupuje specjalne akty, fotografje pornograficzne, odpowiednie książki, chcąc się podniecić. Kobieta ubrana, dobrze odżywiona, podoba mu się, im bardziej naga, tem mniej. Dla eksperymentu, a nie z potrzeb seksualnych chodzi do prostytutek, jednak nawet najbardziej wymyślne raffinement nie jest w stanie wzbudzić pragnienia. Nie onanizował. Próbował kilka razy, namówiony przez towarzyszy, ale zarzucił to, znudzony, bo nic przy tem nie odczuwał. Jest naturą chłodną, zrównoważoną, lecz nie jest mizantropem, a kobiet nie nienawidzi. Nie ma żadnych skłonności perwersyjnych ani homoseksualnych. Stan nerwowy bez zmian widocznych, Wasserman krwi (—) mocz bez zmian, waga utrzymuje się od kilku lat na jednakowym poziomie, wysokość 169 cm., waga 68 kg. Prącie nieco za małe, jądra prawidłowe, bardzo silnie poci się, nawet w zimie (wewn. wydz. system weg.).

Dużo mówi się i pisze o szkodliwości onanji. *Lallemand* przesadził ogromnie, nie można jednak zupełnie odrzucić myśli, że masturbacja ma ujemny wpływ na potencję. Samogwałt jest tak rozpowszechniony, jako jedyne wyjście między Scyllą pragnień zmysłowych, a Charybdą socjalnych wymagań, że jak słusznie twierdzi *Bergen:* „na 100 ludzi onanizowało 99, a setny, ten człowiek „czysty” — kłamie”. Cały szereg autorów jest zdania, że człowiek, który nigdy, choćby przez krótki czas nie uprawiał onanji ma jakiś defekt seksualny.

Znaczenie samogwałtu staje się poważne, gdy wchodzi w okres przewlekły a mianowicie, gdy przechodzi poza okres dojrzewania płciowego; a specjalnie patologicznego znaczenia nabiera wówczas, gdy istnieje, mimo możności utrzymywania

stosunków płciowych w warunkach najidealniejszych lub występuje zamiast nich lub obok nich.

Więź neuropatyczna, czy psychopatyczna jest najczęstszą przyczyną tej chronicznej onanji, ale musi się tu dołączać jeszcze jakiś czynnik, gdyż jest dużo psychopatów, którzy onanję zarzucają i wracają do stosunków płciowych prawidłowych. Z całego szeregu przyczyn powstawania masturbacji chronicznej najpoważniejszą jest teorja *Bleulera*, opór seksualny. Opór ten jest stałym czynnikiem życia płciowego, w pewnych jednak wypadkach ulega on przerostowi, staje się obawą seksualną (Sexualscheu-Sexualangst). Jako przyczynę tej obawy i tego oporu podaje *Bleuler* jako najgłówniejszą, obawę przed kazirodztwem (Incestscheu-Incestangst).

Tę hypertrofję oporu seksualnego, który przeradza się w obawę seksualną, tworzą rozmaite czynniki. Ludzie tacy, zawsze uważali stosunek płciowy, za coś bardzo tajemniczego i poważnego. Z oburzeniem odrzucają zazwyczaj rozmowę o stosunkach seksualnych rodziców lub sióstr. Zwykle bardzo kochają i szanują matkę i siostry. Nie trzeba być psychoanalitykiem, by dojrzeć powoli tworzącą się obawę przed kazirodztwem, a obawa ta przechodzi następnie na inne kobiety, godne szacunku. W każdej lepszej istocie kobiecej kochają i cenią to, co u matki: macierzyństwo — „delikatną rękę, a z erotyki najwyżej skromny pocałunek". Tęsknią jednak za życiem seksualnem, lecz obawa przed seksualnością (Sexualscheu) nie pozwala im zbliżyć się do kobiet. Ci właśnie ludzie uprawiają onanję chronicznie. Powoli następnie rozwija się uczucie mniejszej wartości, brak zaufania, wyrzuty, poczucie winy i t. p.

Chroniczny samogwałt spotykamy jeszcze u zboczeńców seksualnych, gdyż daje ona im możność wyżycia się perwersyjnego, fantazją.

Etjologiczne znaczenie onanji chronicznej w powstawaniu neurastenji seksualnej jest zupełnie jasne: kobieta stanowi dla chronicznego onanisty, jako objekt seksualny, nadmiernie wielkie znaczenie. Pobudliwość zaś chorego jest tak wytrenowana, wskutek częstego drażnienia ośrodków wzwodowych i wytryskowych, że sama fantazja wywołuje już orgasmus i czasem przebywanie z kobietą, widok rozbierającej się, nagiej, wywołuje wytrysk nasienia.

Chciałbym jeszcze dodać dla ścisłości, mimo żywej dyskusji i zaprzeczeń z wielu stron, że istnieje w/g całego szeregu autorów, stan wyczerpania, znużenia płciowego, które *Kurt Mendel* określił jako c l i m a c t e r i u m v i r i l e. Według całego szeregu innych autorów okres taki nie istnieje w życiu mężczyzny, lecz jest to początek impotencji (odpowiadałaby niemocy ta postać impotencji z powodu słabego napięcia, a nie zbyt silnego oporu).

Fürbringer wykazał zmiany w nasieniu mężczyzn w 50 r. życia. Klimakterjum wypada między 45 a 55 r. życia, lecz zdarzają się wypadki wcześniejsze u wdowców i kobieco usposobionych mężczyzn. Wypadki przekwitania płciowego męzkiego zdarzają się równie często u żonatych, po długoletniem małżeństwie i są uważane przez wielu autorów za następstwa jednostajności jednożeństwa i wskazują na głód wrażeń.

Z e s p ó ł o b j a w ó w jest następujący:

1) Zaburzenia w popędzie płciowym i czynności. Popęd zmniejsza się, czasami potencja również; występuje niechęć do stosunku, brak zainteresowania dla kobiet. Czasem odwrotnie, występuje wzmożenie libido, rzadziej wzmożenie potencji. Często skarżą się na:

2) Zaburzenia w samym akcie płciowym: orgasmus bez wytrysku nasienia lub wytrysk bez orgasmus lub wreszcie ejakulacja przedłużona, ejaculatio deficiens.

3) Zmiana popędu: skłonności seksualne do małych dziewczynek, skłonności homoseksualne, kazirodcze, masturbacyjne z fantazją kazirodczą. Nie rzadko zdarzają się wypadki kazirodztwa.

4) Zmiana usposobienia: bardzo łatwa wzruszalność, której poprzednio nie było, skłonność do płaczu, zanik pamięci, hypochondrja, depresja.

5) Zmiany cielesne: wychudzenie lub przytycie, większa skłonność do rozmaitych schorzeń.

Wszystkie te zmiany odnosimy do zaburzeń w gruczołach o wewn. wydzielaniu.

Wiele takich przypadków spotyka się w praktyce leczonych fałszywie psychoanali-

zą. Gdzie niema przyczyn psychicznych, nie można spodziewać się efektów terapeutycznych po leczeniu psychoterapją i przeciwnie, niemoc płciowa psychiczna wymaga odpowiedniego leczenia psychicznego, a farmakoterapja może w tych wypadkach być tylko czynnikiem pomocniczym. Jak więc widzimy, zorjentowanie się co do rodzaju niemocy i jej natury jest niezmiernie ważne i rozstrzyga o efekcie leczniczym. Brak efektu leczniczego w wielu przypadkach jest spowodowany mylnem rozpoznaniem.

D. c. n.

STANNOXYL

TABLETKI, AMPUŁKI à 2 cc (DOMIĘŚNIOWO)

zawiera tlenek cyny i cynę metaliczną

Niezawodny w leczeniu stanów zakaźnych, spowodowanych przez **gronkowce** jak

Czyraki, wąglik, figówka, trądzik, jęczmień, ropień sutka u kobiet karmiących.

DAWKOWANIE—„PRO DIE".

Doustnie: tabletki 4—8 dla dorosłych, 2—4 dla dzieci

Domięśniowo: 4 cc. dla dorosłych 1 — 2 cc. dla dzieci.

BOLÉASE MONAL

POTĘŻNY ŚRODEK w SCHORZENIACH WĄTROBY I JELIT

DZIAŁANIE NA WĄTROBĘ: ŻÓŁCIOPĘDNE, GLIKOGENOTWÓRCZE, ANTYTOKSYCZNE i TONIZUJĄCE.

DZIAŁANIE NA JELITA: TRAWIENNE, PERYSTALTYCZNE, PRZECIWKOAGULACYJNE, PRZECIWGNILNE.

CAŁKOWITY WYCIĄG z ŻÓŁCI i BOLDO



DAWKA PO 2 KAPSUŁKI 3 RAZY DZ.

L. NASIEROWSKI

WARSZAWA KALISKA 9. TEL. 724-39, 630-42

S T R E S Z C Z E N I A

CHOROBY WEWNĘTRZNE.

Zapalenie tkanki luźnej. (La cellulite). Henri Paillard.

Le Journal Médical Français. T. XXIII. N. 1.

Niezupełnie słuszną nazwą zapalenia komórkowego (cellulite) określają obecnie zgrubienia podskórnych włókienek tkanki łącznej i guzowatości, występujące w podskórnej tkance tłuszczowej. Jest to pewna zmiana układu tkanki łącznej, na którą patologja zajęta głównie opisem zmian chorobowych tkanek i narządów szlachetnych nie zwróciła dotychczas należytej uwagi. Zmiany tkanki łącznej i tłuszczowej występują w dwóch postaciach: powierzchownej i głębokiej. Postać powierzchowna zwana przez autorów francuskich „panniculite" polega na zgrubieniu podskórnych włókienek tkanki łącznej i wystąpieniu guzowatości w tkance tłuszczowej Jedne i drugie uciskając, przebiegające w tkance podskórnej włókna nerwowe, żyłki i naczynia chłonne, doprowadzają do bolesności zmienionych części, do zastoju, a nieraz także i do obrzęku. Anatomiczne zmiany tkanki podskórnej polegają przedewszystkiem na zmianie charakteru włókienek tkanki łącznej, które nietylko grubieją, ale zatracają swą wiotkość; w plątaninie zgrubiałych tkankołącznowych włókien gromadzi się tłuszcz, wypadają drobniutkie, zbliżone do pyłków kurzu cząsteczki moczanów, cholesteryny, szczawianów, natomiast nie tworzą się większe złogi tych ciał. Cierpienie rozwija się najczęściej na terenie artretycznym, u osób ze skazą moczanową, w przypadkach hypercholesterynemji. Jest to cierpienie osób otyłych, prowadzących siedzący tryb życia z zaburzeniami czynności wątroby i nerek. Klinicznie wyraża się „panniculite" pewnem stwardnieniem powłok skórnych, przy obmacywaniu skóra nie prześlizguje się gładko na swem podłożu, ale do niego przylega; nieraz stwierdza się bolesne guzowatości w tkance podskórnej. Zmiany tkanki podskórnej przedstawiają wszystkie stopniowania, począwszy od niewidocznych, dostępnych tylko obmacywaniu stwardnień i guzowatości — do znacznych bardzo zniekształceń, wywołanych miejscowem nagromadzeniem tłuszczu. Guzowatości tkanki tłuszczowej i towarzyszące im zmiany tkanki łącznej, niezależnie od stopnia ich rozwoju, są prawie zawsze bardzo bolesne, bolesność ta jest prawie zawsze samoistna, występuje ona również przy ucisku, szczególnie pewnych punktów, których ucisk wywołuje ból bardzo duży, masażyści nazywają te bolesne punkty, charakterystyczne dla „panniculite", złogami artretycznemi. Obolenie pewnych okolic powstałe z powodu zmian podskórnych wywołuje czasami wrażenie choroby narządu wewnętrznego, znajdującego się w sąsiedztwie części obolałej. Obmacywanie okolicy żołądka, wątroby, nerki, wyrostka robaczkowego poprzez bolesne powłoki brzuszne utrudnia i nieraz fałszuje rozpoznanie, gdyż bolesność powłok bierze się mylnie za bolesność narządu głębiej położonego. Przy płaskim obmacywaniu nie można odróżnić bolesności tkanki podskórnej od bolesności narządów. Odróżnienie możliwe jest tylko wtedy, gdy próbuje się unieść i nacisnąć fałdę skórną. Zmiany tkankołącznowe rozsiane są nieraz pod całą przestrzenią skóry, poza tem jednak częste są przypadki, gdzie są one umiejscowione, najczęściej w okolicy karku, na wewnętrznej stronie ramienia, wewnętrznej stronie ud, kolan, na powłokach brzusznych, w okolicy siedzeniowej. Ból ramienia występujący pod mankietem przy badaniu ciśnienia krwi jest najczęściej spowodowany zmianami tkanki podskórnej. Bardzo charakterystyczną cechą tych zmian jest, że przy wychudzeniu całego ciała, części, dotknięte zmianami tkanki podskórnej, zachowują swój tłuszcz i wtedy spotyka się u kobiet wychudzonych nagromadzenia tłuszczowe na wewnętrznej stronie ramion, ud, etc.

Przy głębokiej postaci zmian tkankołącznowych występują zgrubienia włókniste tkanki łącznej w mięśniach, w tkance pod błonami surowiczemi. Szczególnie często umiejscowiają się tu głębokie zmiany w mięśniach karku, powodując bóle głowy, uczucie sztywności karku, kręcz mięśniowy szyji. W obrębie klatki piersiowej są one nieraz przyczyną neuralgji międzyżebrowych. Jedynie celowym sposobem leczniczym tych zmian podskórnych jest masaż. Masaż ten powinien unikać ugniatania dłonią bolesnych części, celowe jest delikatne urabianie i ugniatanie palcami bolesnych, nieraz stwardniałych okolic. Tylko ten sposób może przywrócić tkankom ich utraconą prężność. Leczenie wewnętrzne ma charakter dokrewny, podaje się wyciągi tarczycy, jajników, wyciągi wątroby, a także pobudza czynność tej ostatniej przez środki żółciopędne.

O działaniu jadu kobry w leczeniu nerwobólów i guzów. (A propos de l'action du venin de cobra dans le traitement des algies et des tumeurs). A. Orticoni.

Presse Médicale. Nr. 6. 1934.

Laignel Levastine i Koressios stwierdzili, że jad kobry posiada działanie znieczulające, korzystniejsze od działania morfiny, gdyż jest dłużej trwałe. U chorych rakowatych wystarcza jedno wstrzyknięcie na 8—10 dni, aby bóle ustąpiły, na ten przeciąg czasu. Po dawce $^1/_{10}$ mg. jadu kobry występuje czasami zaostrzenie bólu, poprzedzające jego ustąpienie. Dalsze spostrzeżenia Monaclesser i Tagueta wykonane na 115 chorych wykazały nadspodziewanie silne działanie jadu kobry na bóle, spowodowane przez guzy rakowate. Bóle wywołane przez raka pochwy, gruczołu krokowego, bóle korzonkowe, spowodowane przez raka kręgosłupa zmniejszały się lub

ustępowały całkowicie po wstrzyknięciu jadu, ponadto miały się także zmniejszać i guzy będące przyczyną tych bólów. Jednostką jadu kobry jest jednostka mysia t. j. najmniejsza ilość jadu, mogąca w ciągu 5—7 godzin zabić mysz wagi 25 gr. Autorzy stosowali dawki, zawierające w ½ cm³. 2,5, 5, 10, 15, 20 jednostek mysich. Od czasu ogłoszenia tych prac jad kobry stosowany jest w przypadkach bólów na tle organicznem w szpitalach paryskich. Autor sam spostrzegał przypadki guzów złośliwych, w których po zastosowaniu jadu kobry nietylko ustąpiły bóle poprzednio bardzo ciężkie, ale poprawił się także stan ogólny chorych, którzy odzyskali apetyt i poczuli się mocniejsi. Możliwe jest, że w niedalekiej przyszłości w przypadkach, w których jad kobry działa dodatnio, morfina stanie się zbędna. Doniesienie Calmetta, który znalazł, że jad kobry wywołuje cofnięcie rozwoju raka myszy, połączone ze spostrzeżeniem, wykazującem zmniejszenie charłactwa chorych rakowatych pod wpływem tegoż jadu ma również pewne znaczenie. Dodatnie działanie jadu kobry występuje głównie po wstrzyknięciach śródżylnych, przy podawaniu doustnem soki żołądkowo jelitowe neutralizują działanie złożonych ciał, znajdujących się w jadzie. Skuteczność jadu jest tem większa, im wstrzyknięcie jest bliższe miejsca bolesnego lub guza, nawet jeżeli jest wykonane do samego guza, gdy ten jest dostępny.

Ciała czynne, znajdujące się w jadach żmij są natury białkowej. Jednym z tych ciał jest neurotoxina, znajdująca się w szczególnie znacznej ilości w jadzie kobry i mająca powinowactwo do układu nerwowego. Działanie jadu nie jest podobne do działania morfiny, nie występuje zaraz po wstrzyknięciu, ale dopiero po kilku dniach, w ciągu których wykonuje się dwa lub trzy wstrzyknięcia jadu przyczem działanie jest tem szybsze i wyraźniejsze, im bardziej w sąsiedztwie guza zostało wykonane wstrzyknięcie. Działanie jadu jest tak wyraźne, że czyni wrażenie wyzdrowienia i może doprowadzić do zaniechania wstrzykiwań morfiny. Równocześnie występuje wyraźne zmniejszenie stanu charłacznego lub też wstrzymanie jego postępowania. Już dawne spostrzeżenia pokazały, że szczepienia przeciwjadowe mogą wytworzyć odporność przeciwko zarazkom lub ich jadom; Calmette wykazał, że króliki szczepione przeciw jadowi kobry są odporne na zarazek wścieklizny. Możliwe jest, że jad kobry znajdzie zastosowanie i w przypadkach bólów uporczywych, natury różnej, nie reagujących na dotychczas stosowane przeciwbólowe metody lecznicze, między innemi także w pewnych przypadkach uporczywej rwy kulszowej.

Przyczynek do leczenia wewnętrznego rozstrzeni oskrzelowych. (Contribution au traitement médical des dilatations bronchiques). G i r b a l.

Presse Médicale. N. 6. 1934.

Zakażenie, które jest przyczyną rozstrzeni oskrzelowych i wszystkich związanych z tem cierpieniem powikłań, szerząc się drogą krwiopochodną wywołuje zapalenie okołooskrzelowe i prowadzi wtórnie do rozwoju tkanki łącznej i stwardnienia płuca. Najczęstszem zakażeniem ma być kiła, jednakże autor zaznacza, że ani wywiady, ani wyniki badań, ani wyniki leczenia jego własnych chorych, nie potwierdzają tego przypuszczenia. Korzystny wpływ novarsenobenzolu tłomaczy się raczej jego działaniem bodźcowem na stan ogólny. Zdaniem autora istotną przyczyną cierpienia jest zakażenie, pochodzące z powietrza, wywołujące stan zapalny oskrzeli i oskrzelików; a wtórnie stwardnienie płuca. Leczenie rozstrzeni oskrzelowych powinno zwalczać przedewszystkiem zakażenie, — zmniejszać wrażliwość ustroju w stosunku do zarazków, wzmacniać ogólną odporność. Dotyczy to się rozstrzeni pochodzenia niegruźliczego, leczenie tych ostatnich jest podobne do leczenia gruźlicy włóknistej. W celu zwalczania zakażenia, wywołanego najczęściej przez dwoinki zapalenia płuc w połączeniu z paciorkowcami, gronkowcami, pałeczkami Pfeiffra, lasecznikami Kocha i anaerobowemi zarazkami stosuje się specjalną szczepionkę płucną (typu ampho). Wstrzykiwania wykonuje się serjami po 6 wstrzyknięć z 4 dniowemi odstępami między każdem wstrzyknięciem. Naogół powinno się przeczekać aż do zupełnego ustąpienia odczynu ogólnego czy miejscowego przed wykonaniem następnego wstrzyknięcia. Wstrzyknięcie rozpoczyna się od dawki 0,2 cm.³, powoli stopniujące się do 1 cm³. Serję wstrzyknięć powtarza się co pół roku. Wstrzykiwania szczepionki do tchawicy nie dały żadnego wyraźnego wyniku. W następstwie stosowania szczepionki plwocina staje się mniej obfitą i mniej ropną, zaostrzenia rzadsze. W postaciach cuchnących nie gorączkowych dołącza autor do szczepionki wstrzykiwania dożylne wyskoku według metody Landaua. Wynik ma być doskonały, szczególnie znika cuchnący zapach plwociny. Autor zastosowuje i leczenie dokrewne w celu wzmocnienia odporności tkanki płucnej, dając w tym celu w ciągu 15 dni w miesiącu przed każdym posiłkiem po 0,5 wyciągu tkanki płucnej.

O przerwanie ciąży u chorych gruźliczych. (De l'interruption de le grossesse chez les tuberculeuses). A. B r i n d e a u.

Paris Médical. N. 1. 1934.

Przerwanie ciąży u gruźliczek jest zagadnieniem złożonem, zależnem od następujących czynników: pogarszającego wpływu ciąży na przebieg gruźlicy, odporności płodu, szkodliwego działania przerwania ciąży. Naogół nigdy nie wiadomo jak działać będzie ciąża na już istniejące zmiany gruźlicze. Doświadczenie jednak pokazuje, że ciąża działa szkodliwie na gruźlicę powikłaną innemi sprawami, cierpieniami sercowemi, zapaleniem nerek, ciężkiemi zapaleniami miedniczek nerkowych, niepohamowanemi wymiotami, które obniżają stan odżywiania chorych. W tych przypadkach przerwanie ciąży jest wskazane. Nie jest ono wskazane w postaciach lekkiej gruźlicy, w postaciach gruźlicy włóknistej, a także w postaciach bardzo ciężkich. Ponadto doświadczenie wykazuje, że ciąża działa niekorzystnie na pewne formy gruźlicy, która rozpoczęła się w czasie karmienia, poprzedzającego zajście, dalej w pewnych postaciach gruźlicy, która rozpoczęła się w początku ciąży i szybko się rozwija, później u kobiet, których gruźlica pogarsza się raptownie w początku ciąży i u których założenie odmy jest niemożliwe, wreszcie w przypadkach gruźlicy rozwijającej się pomimo odmy szczególnie, jeżeli wy-

stępują ponadto i świeże zmiany po stronie zdrowej.

Dzieci chorych gruźliczych są czasami wątłe, jednakże często rozwijają się doskonale, szczególnie, jeżeli są wychowywane na wsi poza środowiskiem rodzinnem.

Przerwanie ciąży, jeżeli jest wykonane jak należy, unikając znieczulenia ogólnego i takich powikłań jak zakażenia i krwawienia, nie przedstawia szczególnego niebezpieczeństwa.

W miastach gdzie gruźlica jest naogół prędzej poznawana i leczona, potrzeba przerwania ciąży jest rzadka. Decyzja przerwania ciąży powinna być powzięta po szczegółowem badaniu klinicznem, bakterjologicznem i radjologicznem, po zasięgnięciu opinji kilku lekarzy między innemi i doświadczonego ftizjologa.

Zesztywniające zapalenie stawów, hypercalcemia i parathyreidectomia. (Arthrites ankylosantes hypercalcemiques et parathyreidectomie). Mathieu Pierre Weil.

Presse Médicale. N. 11. 1934.

Usunięcie gruczołów przytarczycznych w celach leczniczych zostało wprowadzone w r. 1926 przez Oppela, który znalazł u chorych z przewlekłym goścem zmniejszenie pobudliwości mięśniowej i podwyższenie poziomu wapnia i fosforu we krwi. Według Oppla wskazaniem do zabiegu było przewlekłe zapalenie stawów ze skłonnością do zesztywnień, Leriche oprócz skłonności do sztywnienia żąda jeszcze podwyższenia poziomu wapnia we krwi. Autor krytykuje pojęcie zesztywnienia stawu. Nie podpada pod to pojęcie nieruchomość stawu spowodowana bólami, zesztywnienie jest wprawdzie częste w sprawach stawowych na tle zakaźnem (rzerządzka, gruźlica), jednakże w tych właśnie sprawach według Junga parathyroidectomia nie jest wskazana. Zesztywnień nie stwierdza się w przypadkach wstecznych zmian stawowych, ani u chorych ze zniekształceniami stawowemi w sprawach, opisanych przez Charcota; w tych ostatnich przypadkach często się nie znajduje żadnych zmian radjologicznych, albo tylko odwapnienia i zaniki kostne, czasami bardzo znaczne. Autor poddaje krytyce dotychczas używane metody określania wapnia we krwi, podkreślając równocześnie, że u chorych z przewlekłym goścem podwyższenia poziomu wapnia we krwi się naogół nie stwierdza. Nie mogąc, wobec tych spostrzeżeń, uważać ani zesztywnień stawowych, ani podwyższenia poziomu wapnia we krwi, jako wskazania do usunięcia gruczołów przytarczycznych, zaleca autor ten zabieg w przypadkach bardzo ciężkiego ogólnego gośćca o charakterze przewlekłym odpornego na wszystkie stosowane sposoby leczenia. U 14 takich chorych usunięto przytarczyczki, przyczem zabieg łączono z usunięciem części gruczołu tarczowego. Trzech z pośród operowanych chorych cierpiało na spondylosis rhizomelica. U wszystkich tych chorych znaleziono i usunięto gruczoły przytarczyczne, po zabiegu wystąpiła wyraźna poprawa u dwóch chorych, u jednego stan pozostał bez zmiany. Poprawa zaznaczyła się się także u dwóch operowanych kobiet, które cierpiały na gośćiec przewlekły i równocześnie miały wole. U jednej z tych kobiet poprawa była tylko czasowa, trwała około pół roku, u drugiej poprawa była znacznie dłuższa, jednakże w drugim przypadku nie znaleziono gruczołów przytarczycznych.

Z pośród pozostałych 9 chorych należy wykluczyć dwóch, z których jeden zmarł w 14 dni po zabiegu, u drugiego nie usunięto gruczołów przytarczycznych z powodu powikłań w czasie zabiegu. Z pośród 7 pozostałych chorych żadnej poprawy po zabiegu nie stwierdzono w 3 przypadkach, u jednej chorej w 11 miesięcy po zabiegu widoczna jest poprawa, w tym przypadku również nie znaleziono gruczołów przytarczycznych, zabieg polegał na usunięciu połowy tarczycy. U jednej chorej, której stan był bardzo ciężki, gdyż nie mogła się ruszać zupełnie i miała bóle bardzo silne, wystąpiła wyraźna i trwała poprawa, chora może się ruszać i bóle się zmniejszyły. W przypadku tym usunięto zdrowe przytarczyczki. U żadnego z operowanych chorych nie wystąpiły po zabiegu zmiany poziomu wapnia we krwi, nie stwierdzono także zmian radjologicznych. Jeżeli po usunięciu przytarczyczek występuje jakieś działanie polega ono prawdopodobnie na zmniejszeniu przykurczów i bólów, ale nie na zmianach równowagi wapnia. Z przytoczonych doświadczeń wynika, że wskazania do usunięcia przytarczyczek są niejasne, wytłomaczenia wyników zabiegów niepewne, gdyż poprawa jest możliwa nawet wtedy, gdy zupełnie nie znaleziono gruczołów przytarczycznych.

E. Reicher.

CHOROBY DZIECIĘCE.

Rozważania o współczesnej akcji zapobiegawczej w chorobie Heine - Medin'a. (Réflexions sur l'état actuel de la prophylaxie de la maladie de Heine - Médin). G. Mouriquand, J. Dechaume et P. Sédalian.

Le Journal de Méd. de Lyon. Février, 1934.

Badania nad epidemjologją nagminnego porażenia dziecięcego wykazują istnienie bezpośredniego zakażenia kropelkowego, oraz pośredniego przy udziale zakażonych przedmiotów i pokarmów (mleka). Istnieją także duże podejrzenia co do roli wody w etjologji choroby.

Obserwacje kliniczne potwierdzają możliwość tych dróg zakażenia. Badania doświadczalne wykazały istnienie jadu zakażającego w cząsteczkach śliny, oraz przemawiają także za istnieniem zakażenia pokarmowego.

Jad jest niewidzialny i przesączalny, lecz daje się przeszczepiać kolejno na małpy. Autorzy wykazali w 1929 r., że zmiany wywoływane przez jad w układzie nerwowym przekraczają granice układu centralnego mózgowo-rdzeniowego obejmując także ośrodki komórkowe układu nerwowego roślinnego. Jad ma szczególne powinowactwo do komórek neuronów.

Wykazano istnienie zmian w gruczołach ślinowych. Istnienie jadu w ślinie chorego, w migdałkach i śluzówce nosa zostało dowiedzione przez Leiner'a i Lewis'a.

Leiner i Wiesner, Levaditi i Danulesco wykazali możliwość zakażenia na małpach drogą nosowo-gardzielową. Poprzedzające zmiany zapalne w noso-gardzieli ułatwiają zakażenie doświadczalne jadem choroby Heine-Medin'a. Flexner. Clark, Fraser wykazali doświadczalnie istnienie zdrowych nosicieli choroby otrzymując z jamy noso-

wej rodziców chorego dziecka jad przeszczepialny na małpy. To samo wykazali w stosunku do osobnika zdrowego, który zetknął się z chorem dzieckiem. Wykazano istnienie zakażającego jadu u dziecka, u którego dopiero po kilku dniach wystąpiły kliniczne objawy choroby. Zakażenie kropelkowe nosogardzieli, oraz istnienie zdrowego nosiciela jest dla choroby Heine-Medin'a stwierdzone.

Niezależnie od tego, badania wykazały, że jad długo może się zachowywać w wodzie i może być przeszczepiony nawet po 114 dniach przebywania w wodzie. (Levaditi i Lépine).

Można, aczkolwiek z trudnością, zakazić małpę drogą ściśle pokarmową (do wyosobnionej pętli jelitowej). W 3 przypadkach (na 13), Levaditi i Kling wykryli jad Heine-Medin'a w stolcach. Może więc jad opuszczać ustrój drogą jelitową i zakażać wodę podskórną. Badania histopatologiczne, w przypadkach, które rozpoczęły się objawami jelitowemi, wykazały zmiany w komórkach nerwowych splotów jelitowych, co przemawia za przeniknięciem jadu drogą pokarmową.

Wymienione dane etjologiczne nie wpływają bynajmniej na ułatwienie sprawy zapobiegania w chorobie Heine Medin'a. Jad jest niewidzialny, dający się wykryć jedynie doświadczalnie na małpach, co jest badaniem trudnem i kosztownem. Nie można więc marzyć o wykrywaniu nosicielstwa u zdrowych lub chorych. Należy więc uważać za możliwych nosicieli wszystkie osoby znajdujące się w otoczeniu chorego.

Jeżeli przyjąć oba rodzaj szerzenia się zakażenia — kropelkowo-oddechowy i pokarmowy, — zapobieganie staje się sprawą złożoną i trudną do przeprowadzenia, gdyż zapobieganie chorobie zakaźnej powinno streszczać się w przepisach jasnych, dających się zastosować wszędzie i we wszystkich warstwach społecznych. Przepisy powinny być obowiązujące, a w tym celu powinny opierać się na ścisłych i niewątpliwych danych bakterjologicznych i epidemjologicznych.

Jad choroby Heine-Medin'a wywołuje trwałe uodpornienie ustroju na powtórne zakażenia. Małpy, które pozostają przy życiu stają się odporne. Uodpornienie to występuje około 12-go dnia u chorych i pozostaje na całe życie. Uodpornienie prawdopodobnie występuje i u osób narażonych na zakażenie, które jednak nie uległy chorobie. Surowica tych osobników posiada własności neutralizujące jad choroby. Pobieranie jednak większych ilości surowicy ozdrowieńców i przechowywanie jej, napotyka ze względów technicznych na duże trudności, przy uwzględnieniu konieczności ścisłej kontroli jałowości surowicy (lues, gruźlica, zimnica).

Wnioski ustalone na międzynarodowym zjeździe higjeny dziecięcej w Luxemburgu w sprawie zapobiegania chorobie Heine-Hedin'a posłużyły autorom jako zakończenie rozważań. Są one następujące: (w skróceniu).

1) Podstawą walki z chorobą jest wprowadzenie obowiązkowego zgłaszania przypadków choroby, nawet sporadycznych.

2) Jest wskazanem, aby organizacja walki w czasie epidemji była powierzoną specjalnemu urzędowi lekarskiemu stworzonemu w tym celu, który opracuje i pokieruje akcją zapobiegawczą. Zebrane doświadczenie posłuży później dla celów naukowych.

3) Pierwszem zadaniem jest wczesne wykrywanie i izolacja wszystkich przypadków, nawet poronnych i znadujących się w najlepszych warunkach. Należy przeprowadzać odkażanie pomieszczeń, przedmiotów i wydalin chorego.

4) Należy zastosować niezbędne środki dla ochrony wody, mleka i produktów spożywczych przed zakażeniem.

5) Jest pożądane aby specjalne ośrodki zajmowały się gromadzeniem surowicy ozdrowieńców.

6) Ponieważ nosiciele jadu są bardzo liczni w ośrodkach epidemji i stanowią ważne źródło zakażenia, należy ograniczyć szeroki kontakt osób z okolic zakażonych, z okolicami zdrowemi (zjazdy, kolonje dziecięce i t. p.).

7) Co się tyczy zamknięcia teatrów, kin, szkół, poradni, należy postępować zależnie od charakteru poszczególnej epidemji, opierając się na przesłankach wyszczególnionych wyżej.

O obrazach radiologicznych drzewa oskrzelowo-naczyniowego u dzieci. (Sur les aspects radiologiques de l'arbre broncho-vasculaire dans l'enfance). M. Péhu et P. Bouquin.

Le Journal de Méd. de Lyon. Février, 1934.

Badanie normalnego obrazu radjologicznego u dzieci powinno opierać się na badaniach dzieci w różnym wieku, nie wykazujących ostrych i przewlekłych schorzeń noso-gardzieli, wyrośli adenoidalnych i przerostu migdałków. Należy ustalić jednolitą technikę zdjęć.

Siateczkowany rysunek pola płucnego, rozpoczynający się od wnęki i zacierający się stopniowo na obwodzie zależy od naczyń i oskrzeli w okolicy wnękowej, wyłącznie od naczyń na pozostałej części pola.

Assman wykazał, że rysunek normalny tworzą naczynia tętniczek i ich skrzyżowania.

Zmiany w rysunku drzewa oskrzelowo-naczyniowego często towarzyszą stanom zapalnym noso-gardzieli: najczęściej stwierdza się wyraźne nasilenie zwykłego rysunku; czasami nasilenie rysunku obejmuje i obwód płata górnego w postaci pasemek wachlarzowato ułożonych.

Dawniej zaprzeczano istnieniu odpowiednika radjologicznego dla zwykłego ostrego nieżytu oskrzeli. W rzeczywistości u dzieci, cechuje się on na zdjęciach — nasileniem uwidocznienia tchawicy i dużych oskrzeli, uwidocznieniem oskrzeli u podstawy pola płucnego w postaci wachlarza biegnącego od wnęki ku dołowi. W tych przypadkach mówi się zbyt często o zmianach marskich okołooskrzelowych. Obrazom tym często towarzyszy rozszerzenie rysunku wnękowego. Obrazy te często napotykamy u dzieci w zimowej porze roku, które często zapadają na nieżyty noso-gardzieli. Rysunkom tym mogą nie towarzyszyć objawy kliniczne nieżytu oskrzelowego.

Nasilony i uwidoczniony rysunek oskrzelowy może powstawać nietylko pd wpływem wypełnienia oskrzela ropną treścią, lub pod wpływem zgrubienia ścian oskrzela (peribrouchitis), lecz przedewszystkeim, pod wpływem przekrwienia naczyń oskrzelowych pod wpływem zapalenia lub zastoju w krążeniu małem. Niektórzy uzależniają nasilenie rysunku oskrzelowego od częściowej niedodmy tkanki płucnej.

Bądź co bądź, w przebiegu ostrych nieżytów oskrzelowych widuje się zmiany rysunku oskrze-

lowo-naczyniowego. Te nieżyty oskrzelowe, pozornie pierwotne, w rzeczywistości towarzyszą stanom zapalnym noso-gardzieli, lub chorobom zakaźnym, jak odra lub krztusiec. Zmiany rentgenologiczne są istotnie odpowiednikiem ostrych stanów nieżytowych oskrzeli, gdyż przy powtórnych badaniach zmiany te cofają się i znikają.

Dość często widuje się rysunek następujący: naczynia i oskrzela są bardziej uwidocznione, niż zwykle; ich drobne rozgałęzienia są jakgdyby liczniejsze; cienie wnękowe są rozszerzone; szczególnie w prawem polu płucnem dostrzega się obecność poprzecznych równych linij, które w pewnym stopniu symulują zrost zapalny międzypłacia (scissurite). Kierunek ich jednak nie odpowiada szczelinom międzypłatowym i nie posiadają one odpowiedniej wyrazistości.

Czasami widuje się rysunki szczególne, a mianowicie drobne pola o zarysach okrągłych, i barwie jasno-szarej, które bywają przyjmowane za gruczoły zwapniałe. Gruczoły zwykle częściowo zwapniałe mają rysunek o niejednolitem wysyceniu, i barwie jaśniejszej (na zdjęciach negatywnych). Autorzy sądzą, że te okrągłe o jednolitem wysyceniu pola odpowiadają ogniskom przekrwienia lub gruczołom przekrwionym, nie zwapniałym. Potwierdzeniem ma służyć fakt znikania po pewnym czasie tych obrazów. Naogół autorzy ostrzegają przed zbyt częstem rozpoznawaniem radjologicznem zmian gruczołowych.

Opisane nasilenie rysunku oskrzelowo-naczyniowego widuje się także jako wyraz przekrwienia zastoinowego w cierpieniach sercowych i tutaj także nie odpowiada bynajmniej zmianom marskim w płucu. Opisane zmiany w żadnym razie nie są wyrazem zmian gruźliczych, oraz zbyt często są rozpoznawane jako marskość.

G. Wiszniewski.

CHIRURGJA.

Uwagi w sprawie badania rentgenowskiego żołądka i dwunastnicy. (A propos de l'examen radiologique de l'estomac et du duodenum). Nemours-Auguste.

La Presse Méd. Nr. 11, luty, 1934 r.

Należy zaznaczyć na wstępie, że koniecznym warunkiem prawidłowego przeprowadzenia badania promieniami Roentgena żołądka i dwunastnicy (dotyczy to zresztą i pozostałych odcinków przewodu pokarmowego) jest znajomość ze strony rentgenologa wyników uprzedniego dokładnego zbadania klinicznego, zawierających pewne konkretne wskazówki rozpoznawcze. Dlatego też błędem jest przesyłanie chorego do badania rentgenowskiego z lakoniczną (jak to się często praktykuje) i niewiele mówiącą notatką: „drożność żołądka", „badanie przewodu pokarmowego". Rentgenolog musi i powinien wiedzieć, na jakie szczegóły ma zwrócić uwagę przy swojem badaniu.

Jeśli chodzi o rozstrzygnięcie pytania: prześwietlenie czy zdjęcie? — to należy tu podkreślić, że opieranie rozpoznania rentgenowskiego wyłącznie na wynikach prześwietlenia żołądka czy też dwunastnicy jest bardzo niepewne i może wprowadzić w błąd. Właściwa rola prześwietlenia ogranicza się tylko do ewentualnego stwierdzenia takich czy innych zaburzeń ruchowych w tych narządach i do ustalenia pozycji, najdogodniejszej do wykonania zdjęcia rentgenowskiego. Samo tylko prześwietlenie (bez następowego zdjęcia) może wykazać obecność zmian anatomicznych tylko w przypadkach bardzo zaawansowanych, późnych.

Przy wykonywaniu samego zdjęcia trzeba mieć stale na uwadze możność następowego łatwego i nie pozostawiającego wątpliwości odczytania otrzymanej kliszy. Z tego też względu rysunek na kliszy musi być ostry i nie powinno być na nim zachodzenia na siebie cieniów, odpowiadających różnym narządom (np. powinno mieć miejsce oddzielenie odźwiernika od opuszki dwunastnicy i oddzielenie poszczególnych odcinków dwunastnicy od siebie). Do tego celu prowadzi — poza szczegółami czysto technicznemi — wybór odpowiedniego kierunku zdjęcia i wybór właściwej pozycji, w jakiej chory powinien się znajdować w czasie wykonywania zdjęcia (zależnej od umiejscowienia żołądka, stopnia otyłości chorego i t. p.). Tylko klisza ostra, wyraźna, nie pozostawiająca żadnych wątpliwości przy jej odczytywaniu ma istotną wartość rozpoznawczą i może być uzupełnieniem wyników badania klinicznego.

Wykręcenia w stawie kolanowym i obrażenia układu mięśniowo - ścięgnowo - więzadłowego, prostującego staw kolanowy. (Lésions de l'appareil extenseur et entorses de l'articulation du genou). Menegaux.

La Presse Méd. Nr. 13, luty 1934.

Badając chorego, który uległ urazowi kolana, należy zwrócić uwagę na następujące szczegóły: kształt i długość kończyny, zniekształcenie okolicy kolana (obrzmienie), bolesność uciskową, nieprawidłową ruchomość i wynik zdjęcia rentgenowskiego.

I. Obrażenie układu, prostującego staw kolanowy. Układ ten składa się z mięśnia czworogłowego uda i jego ścięgna, z rzepki i więzadła rzepkowego; z elementów tych najczęściej ulega obrażeniu rzepka. Linja złamania rzepki biegnie najczęściej poprzecznie, a odłamy ulegają rozejściu się (górny odłam zostaje pociągnięty ku górze przez mięsień czworogłowy uda), powstaje przytem krwiak wewnątrzstawowy i przedrzepkowy; zdjęcie rentgenowskie (z profilu) wyjaśnia ostatecznie rozpoznanie, jeśli przypadek jest wątpliwy. Przypadki otwartego złamania rzepki operuje się natychmiast, złamania zamkniętego — dopiero po 7 — 10 dniach (po wygojeniu skóry i odzyskaniu przez głębsze tkanki swej odporności, upośledzonej przez uraz pierwotny). W rzadszych przypadkach, ulega rozerwaniu ścięgno mięśnia czworogłowego (w miejscu jego przyczepu do górnego brzegu rzepki), cechujące się — jak i złamanie rzepki — powstaniem wylewu krwawego do stawu, i dające wskazanie do operacji

Rozerwanie więzadła rzepkowego, w czystej postaci, zdarza się rzadko, częściej już ma miejsce oderwanie dolnego końca rzepki lub guzowatości kości goleniowej. W przypadkach tych cała rzepka przemieszcza się ku górze (pociągana przez m. czworogłowy). Leczenie operacyjne.

Do rzadkich również obrażeń należy zwichnięcie rzepki (zwykle na stronę zewnętrzną, na boczną powierzchnię kłykcia kości udowej). Nastawienie — bywa łatwe, ale wyleczenie trwałe można osiągnąć prawie tylko na drodze operacyjnej.

II. Cięższe postacie wykręcenia stawu kolanowego polegają: a) bądźto na rozerwaniu więzadła bocznego wewnętrznego (lig. collaterale internum), któremu towarzyszy zwykle rozerwanie więzadła krzyżowego przednio-zewnętrznego — nieprawidłowa ruchomość w stawie, polegająca na zginaniu goleni w stronę zewnętrzną, i objaw szufladkowy (możność przesuwania goleni względem kości udowej w kierunku przedniotylnym); b) bądźto na rozerwaniu więzadła bocznego zewnętrznego (lig. collaterale externum), względnie, na odłamaniu główki kości strzałkowej — nieprawidłowe zginanie goleni w stronę przyśrodkową; c) bądź też na rozerwaniu jednego lub obu więzadeł krzyżowych — wybitny objaw szufladkowy z rozległem przemieszczaniem się goleni względem kości udowej aż do nadwichnięcia włącznie.

Rozerwaniom więzadeł krzyżowych towarzyszy zwykle oderwanie jednego z guzków lub całej wyniosłości międzykłykciowej kości goleniowej (eminentia intercondyloidea tibiae). Leczenie tych stanów jest z reguły operacyjne.

III. Obrażenia stawu kolanowego mogą być przyczyną następowego zniekształcającego zapalenia tego stawu, ze znacznemi zaburzeniami czynnościowemi. Dotyczy to przedewszystkiem rozerwania łąkotek i obecności w jamie stawowej wolnego ciałka pourazowego (zwykle jest to zmieniony, mały odłam kostny).

Leczenie w jednym i drugim przypadku jest operacyjne i polega na wycięciu całkowitem łąkotki (zwykle przyśrodkowej) lub na usunięciu wolnego ciała.

Tak zwana sucha postać gruźliczego zapalenia otrzewnej. (Péritonite tuberculeuse à forme anascitique). Ramond.

La Presse Méd. Nr. 14, luty 1934.

Postać ta, występująca prawie wyłącznie u dzieci i u dziewczynek w okresie pokwitania, cechuje się brakiem wysięku otrzewnowego i brakiem rozległych zrostów otrzewnowych. Pod względem anatomopatologicznym mamy tutaj do czynienia z całą masą ognisk ziarniny gruźliczej, rozsianych na otrzewnej ściennej i trzewnej.

W początkowym okresie choroby przeważają bądźto objawy brzuszne (otrzewnowe): gwałtowne bóle brzucha, umiejscowione w okolicy kątnicy, pęcherza żółciowego lub podbrzusza, wymioty, zaparcie stolca, napięcie powłok brzusznych, gorączka i znaczne upośledzenie stanu ogólnego, — bądź też objawy ogólnego zakażenia typu durowego, rozwijającego się w sposób powolny i skryty (niewielka gorączka, przyśpieszenie tętna, bardzo nieznaczne bóle w okolicy kątnicy lub wątroby).

W tym pierwszym przypadku ostre objawy początkowe są następstwem nagłego rozsiania się prątków gruźliczych po otrzewnej (np. z zserowaciałego gruczołu chłonnego).

W dalszym swym rozwoju klinicznym obie te postacie, początkowo różniące się znacznie, dają następnie jednakowy obraz kliniczny: napadowe bóle brzucha, wymioty, zaparcia na zmianę z biegunkami, gorączka o torze nieprawidłowym, silne wychudzenie, czasami — niewyraźna bolesność uciskowa w okolicy kątnicy lub pęcherza żółciowego, z miejscowem napięciem powłok brzusznych.

Objawy te — nie przedstawiają, zasadniczo, nic charakterystycznego dla gruźlicy: za tłem gruźliczem przemawiają w tego rodzaju przypadkach: gorączka o typie hektycznym, poty nocne, brak apetytu, wychudzenie, niedokrwistość, obecność w ustroju innych ognisk gruźliczych (płuca, gruczoły, kości, stawy) i obciążenie dziedziczne w tym kierunku.

Rokowanie jest niepewne, jakkolwiek są spostrzegane przypadki, w których nastąpiło wyleczenie.

Leczenie będzie polegało tutaj na leżeniu w łóżku (dopóki utrzymuje się gorączka), uregulowaniu djety (pożywnej, ale mało objętościowej — z codziennym dodatkiem 50 gramów surowego mięsa końskiego), pobycie w klimacie górskim lub nadmorskim i podawaniu fosforanu i węglanu wapnia; miejscowo — okłady rozgrzewające i naświetlania lampą kwarcową. Otwarcie operacyjne jamy brzusznej, przedsiębrane zwykle w celach rozpoznawczych, czasami działa tu bardzo

dodatnio pod względem leczniczym, stanowiąc pewien punkt przełomowy w rozwoju cierpienia na drodze do trwałej poprawy.

Złamania i zwichnięcia w zakresie dolnego końca kości udowej i górnego końca kości goleniowej. (Fractures et luxations du fémur et du tibia (région du genou). M e n e g a u x.

La Presse Méd. Nr. 17, luty 1934.

Ogólne zasady badania tego rodzaju chorych sprowadzają się do: 1) zebrania wywiadów, 2) dokładnego obejrzenia kończyny, 3) obmacania jej i 4) dokonania zdjęcia rentgenowskiego. Przy zbieraniu wywiadów należy sobie odtworzyć dokładnie mechanizm powstania obrażenia, należy zwrócić uwagę na to, czy słychać było w chwili zadziałania urazu charakterystyczne dla złamania trzaśnięcie, ile czasu upłynęło od wypadku, jak szybko wystąpiło obrzmienie okolicy kolana, jak szybko i w jakim rozmiarze nastąpiła utrata ruchów czynnych w kończynie.

Przy oglądaniu należy zwrócić uwagę na ewentualne zniekształcenie kończyny (wygięcie do tyłu, na boki), jej skrócenie, obrzmienie okolicy kolana z zatarciem jego zarysów, na obecność ewentualnych obrażeń skóry (złamanie otwarte?) zniesienie ruchów czynnych (np. niemożność uniesienia wyprostowanej kończyny ku górze).

Przy obmacywaniu należy się zorjentować co do obecności wylewu krwawego lub do jamy stawu (balotowanie rzepki), chełbotania w zakresie stawu (krwiak, wysięk), bolesności uciskowej w miejscu złamania, trzeszczenia kostnego co do wyczuwania przemieszczonych odłamów (zwykle w dołku podkolanowym), nieprawidłowej ruchomości zwłaszcza na boki), umiejscowienia bólu przy szturchnięciu w piętę, co do długości uda i goleni (zmierzonej centymetrem) i co do ewentualnych zaburzeń w ukrwieniu i unerwieniu kończyny.

Zdjęcie rentgenowskie okolicy kolana powinno być wykonane w dwu płaszczyznach, w celu możliwie dokładnego zorjentowania co do przebiegu linji złamania i przemieszczenia odłamów.

I. *Złamanie dolnego końca kości udowej.* Rozróżniamy tu: złamanie ponadkłykciowe, złamanie jednego z kłykci i złamanie ponadkłykciowe (w kształcie litery T). W pierwszym przypadku linją złamania biegnie z góry w dół i do przodu, dolny odłam skręca się dookoła osi poprzecznej i przemieszcza się do tyłu, górny odłam przemieszcza się w dół i do przodu, grożąc przebiciem mięśni i skóry; skrócenie kończyny bywa znaczne (do 10 cm.). Obmacywanie dołka podkolanowego wykrywa obecność przemieszczonego dolnego odłama, uciskającego czasami na przebiegające tu nerwy i naczynia.

W przypadku złamania kłykcia wewnętrznego kości udowej stwierdza się znaczny wylew krwawy do stawu (balotowanie rzepki), ustawienie szpotawe kolana (varus) i tarcie kostne w miejscu złamania; przy złamaniu kłykcia zewnętrznego kolano ma tendencję do ustawiania się w pozycji koślawej (valgus). Oba te złamania grożą poważnemi zaburzeniami następowemi w statystyce i kinetyce stawu kolanowego i wymagają przy leczeniu bardzo dokładnego anatomicznie zestawienia odłamów (zwłaszcza przy złamaniu wewnętrznego kłykcia).

W przypadkach złamania w kształcie litery T rzuca się w oczy znaczne powiększenie wymiaru poprzecznego kolana.

II. *Złamanie górnego końca kości goleniowej.* Rozróżniamy tu złamanie poniżej kłykciowe i złamanie poszczególnych kłykci.

W tym pierwszym przypadku przemieszczenie odłamów bywa niewielkie, jakkolwiek ma miejsce przy tem często złamanie główki kości strzałkowej. Wylew krwawy jest duży i umiejscowiony wyraźnie poniżej stawu. Złamanie poniżej kłykciowe piszczeli trudno i powoli się zrasta, zdradzając tendencję do przechodzenia w staw rzekomy.

Złamanie jednego z kłykci piszczeli przypomina zewnętrznym wyglądem, mutatis mutandis, złamanie odpowiedniego kłykcia kości udowej.

III. *Zwichnięcie kości goleniowej względem udowej* — bywa do tyłu, do przodu i na boki — jako zwichnięcie zupełne lub niezupełne; wylew krwawy bywa przy tem niewielki. Zwichnięcia te są bardzo rzadkie.

M. Czyżewski.

CHOROBY SKÓRNE I WENERYCZNE

Przyczynek do wyłysienia Brocq'a. (Contribution a l'étude de la pseudo - pelade). L. van der M e i r e n.

Annales de Dermat. et de Syphil. Nr. 10, 1933.

Autor zwraca szczególną uwagę na histopatologję tego schorzenia, wybitnie przewlekłego, które przez powiększenie się i zlewanie oddzielnych drobnych ognisk, całkowicie pozbawionych włosów — prowadzi do rozleglejszych nieregularnych miejsc wyłysiałych, jak gdyby nieznacznie zaklęśniętych, barwy kości słoniowej.

Badania histologiczne, wykonywane przez szereg autorów, głównie przez Brocq'a, wykazują obecność niewielkich nacieków zapalnych w otoczeniu naczyń włosowatych górnych warstw skóry właściwej i mieszków włosowych. Proces zapalny ma wybitną skłonność do tworzenia tkanki włóknistej, do niszczenia tkanki kolagenowej i elastycznej — i doprowadza stopniowo do tego, że miejsca mieszków włosowych zostają zastąpione tkanką włóknistą, układającą się w smugi, odpowiadające przebiegiem uprzednio tam istniejącego mieszka włosowego. Jedynie badania Civatte'a wykazują w skórze właściwej obecność drobnych jamek, w których jakgdyby pływało kilka komórek dużych pigmentowanych. Często pod taką jamką widać tworzący się naciek limfocytarny. Jeżeli przyjąć twory znalezione przez Civatte'a za pierwotne, to etjologja tego wyłysienia byłaby raczej pochodzenia toksycznego (endo kryny) a nie zapalnego, wychodzącego z mieszków włosowych, jak wynikało z poprzednich badań histologicznych, wykazujących przedewszystkiem nacieki w otoczeniu naczyń okołomieszkowych.

Jeden przypadek wyłysienia Brocq'a, opracowany przez autora bardzo szczegółowo zwłaszcza pod względem histologicznym potwierdza dotychczasowe badania (jamek Civatte'a nie znaleziono), ponadto wykazuje obecność dużych ograniczonych ognisk naciekowych tuż pod naskórkiem i obecność zmian w ścianach samego mieszka włosowego, które polegają na zagęszczeniu tkanki

kolagenowej, na zaniku tkanki elastycznej i jak gdyby zgęszczeniu jąder na obwodzie ściany mieszka. Tak jak i we wszystkich dotychczas opisanych przypadkach bakterjologicznie nie stwierdzono nic szczególnego. Szczegółowe rozpoznanie różniczkowe wskazuje na pewne podobieństwo obrazu histologicznego z lupus erythematodes (różnice kliniczne) i na podobieństwo kliniczne do późniejszych okresów sklerodermji na głowie (różnica kształtu i barwy). Wyłysienie Brocq'a bywa często niesłusznie stawiane w jednym rzędzie z innemi schorzeniami, w których istnieje okres wyraźnego stanu zapalnego mieszków włosowych (acne decalvans) z zaczerwienieniem i ropieniem.

Kiła wrodzona w dalszych pokoleniach. (La syphillis congénitale au delà de la deuxième génération). J. G a t é.

Le Journ. de Méd. de Lyon 1933 Nr. 334.

Pozostawiając na uboczu bardzo sporną dotychczas sprawę przenoszenia kiły na potomstwo wyłącznie przez jednego z rodziców a. rozpatruje przypadki kiły wrodzonej w 2-gim i dalszych pokoleniach. To ostatnie zagadnienie przechodziło również różne fazy w literaturze — było naprzemian negowane i udowadniane. Dzisiaj wiemy, że kiła wrodzona, jakkolwiek rzadko, może i w 2-gim pokoleniu wystąpić pod postacią kiły czynnej — (spostrzeżenia *Schlumberga, Milian'a, de Cornaz),* częściej występuje pod postacią zmian dystroficznych typowych dla kiły.

Warunkiem rozpoznania kiły wrodzonej w 2-gim pokoleniu jest: pewna kiła nabyta pierwszego rodzica, pewna kiła wrodzona w 1szym pokoleniu i wykluczenie kiły nabytej w tym 1szym pokoleniu, wkońcu objawy pewnej kiły nabytej w 2-gim pokoleniu.

Zrozumiałem jest, że do stwierdzenia kiły wrodzonej w 2-gim pokol. trzeba obserwować dokładnie 6-ciu członków rodziny. kiła wrodzona w 3-cim pokoleniu wymaga spostrzegania 14 członków rodziny, przez co badania stają się coraz trudniejsze. Nie mniej, obecność wrodzonej kiły czynnej wykazano w poszczególnych przypadkach w 2gim a nawet w 3-cim pokoleniu. Nie wykazano kiły wrodzonej w 4-tem pokoleniu — możliwe, że mamy tu do czynienia ze znacznym uodpornieniem, które z biegiem pokoleń wzrasta. Z powyższego wynika konieczność energicznego specyficznego leczenia kiły wrodzonej w 1szym i 2-gim pokoleniu łącznie z podawaniem gruczołów dokrewnych, które zdają się skutecznie powstrzymywać przechodzenie kiły na następne pokolenia.

Spostrzeżenia kliniczne dotyczące patologji pachwin. (Notes cliniques de pathologię inguinale). M. F a v r e.

Annales de Dermat. et de Syphil. 1933 Nr. 10.

4 spostrzeżenia, w których początkowo rozpoznawano lymphogranulomatosis inguinalis a po wykonaniu biopsji okazało się, że proces nowotworowy (epithelioma) przebiegał pod postacią obustronnego podostrego zapalenia gruczołów chłonnych w pachwinach, typową dla lymphogranulomatosis ing. Dokładne badania nie wykazały w żadnym przypadku innych nowotworów ani w sąsiedztwie gruczołów pachwinowych ani w narządach miednicy małej. We wszystkich przypadkach schorzenie doprowadziło do ogólnego charłactwa, w jednym do zejścia śmiertelnego.

W dalszym ciągu autor przytacza opis trzech przypadków, w których siedzibą zmian chorobowych była tkanka podskórna w okolicach pachwin, a proces który się tam toczył określa nazwą „cellulo-dermite torpide en nappe". Proces chorobowy toczył się bez żadnego związku z gruczołami chłonnymi, był jednostronny i doprowadził do powstania ostro odgraniczonego nacieku w postaci twardej tarczki w pachwinie, pod którą nie wyczuwało się ani gruczołów ani zgrubień. Skóra w tem miejscu była ciemno-czerwona, mało bolesna na dotyk i przy ruchach, zmiana ta utrzymywała się bardzo długo, bez skłonności do ropienia i wytwarzania przetok. Klinicznie wykluczono gruźlicę, kiłę i grzybicę zwłaszcza promienicę. Badanie mikroskopowe potwierdziło brak związku procesu chorobowego z gruczołami chłonnymi, proces zapalny typu sklerogennego doprowadził do wytworzenia zwartej tkanki łącznej ze skąpą ilością elementów komórkowych w miejscu tkanki tłuszczowej i niewielką ilością naczyń obliterowanych o ścianach zgrubiałych.

Tak zwane wiewiórowe symetryczne zrogowacenia i zapalenia stawów bez związku z wiewiórem. (Kératose symétrique et polyarthrite soidisant blennorragique (Syndrom de Vidal) hors de toute gonococcie). J. G a d r a t.

Annales de Derm. et de Syphil. 1933, N. 11.

Zespół Vidala polega na istnieniu symetrycznych ognisk nadmiernego rogowacenia, głównie na rękach i stopach łącznie ze zmianami zapalnemi w stawach głównie kończyn. Jest to zespół uważany powszechnie za wiewiórowy. Nie należą do tego zespołu liczne rozsiane keratozy, nie wykazujące żadnego związku topograficznego ze zmianami w stawach lub nie wykazujące wogóle zmian stawowych.

Dzisiaj w literaturze istnieje opisanych około 100 przypadków zespołu Vidala. Przypadek autora nie jest więc rzadkością, lecz jest o tyle różny od innych, że pojawił się bez związku z wiewiórem.

U dwudziestoczteroletniej kobiety (virgo intacta), nie przedstawiającej żadnych objawów, mogących nasuwać podejrzenie zakażenia wiewiórem organów moczopłciowych, wystąpiły początkowo zmiany w stawach skokowych i stóp, potem w drobnych stawach kończyn górnych i kolanowych. W międzyczasie zjawiły się wykwity grudkowo-pęcherzykowe, zgrupowane symetrycznie w okolicach schorzałych stawów, które wkrótce przeszły w ogniska nadmiernego rogowacenia. Rentgenologicznie wykazano: odwapnienia nasad kości, zatarcie linji jam stawowych, zwężenia kanału szpikowego odpowiednich kości.

Badając szczegółowo literaturę znajdujemy względnie często przypadki, w których zespół Vidala zjawia się w chwili, gdy zakażenie wiewiórowe klinicznie już wygasło — a także nieliczne przypadki, w których brak było całkowicie zakażenia wiewiórowego. Fakt, że zespół Vidala może wystąpić po wygaśnięciu zakażenia wiewiórowego lub co więcej bez tego zakażenia — wymaga zastanowienia, jaka jest w tych razach etjologja schorzenia?

Darier i Jadassohn łączą ten zespół z łuszczy-

cą artropatyczną a zwłaszcza dla J. pomiędzy temi dwoma schorzeniami niema żadnej różnicy. Dla innych istnieje pewna predysypozycja hyperkeratotyczna, zależna od zaburzeń w wydzielaniu gruczołów dokrewnych. Zapatrywanie to znajduje poparcie w przyp. autora i w przyp. Lojander'a, w których istniały: dys i oligo-menorrhoca i obniżenie podstawowej przemiany materji. Z tych spostrzeżeń przedwczesnem byłoby wyciągać wnioski, stwierdzić jedynie można, że zespół Vidal'a nie jest zespołem specyficznie wiewiórowym.

Zapalenie rogówki i inne zmiany oczne w przebiegu różyczki. (Sur la keratite couperose). A. Kissmeger.

Annales de Dermat. et de Syphiligr. Nr. 1 — 1934.

W literaturze w zależności od klimatu wykazywano większą lub mniejszą częstość powikłań różyczki zmianami oczu.

Autor przytacza opis ciężkiego przypadku różyczki u kobiety 33-letniej, u której wystąpiły powikłania ze strony oka, należące do wszystkich trzech postaci klinicznych, opisywanych niegdyś przez szkołę oftalmolog. w Rostock. Istniały mianowicie równocześnie zmiany spojówkowe (przekrwienie, blepharitis), zmiany rogówki dające najpoważniejsze powikłania (brzeżne b. znamienne dla acne rosacea i nacieki podnaskórkowe) i w końcu owrzodzenia na rogówce, która to postać ma wielką skłonność do drążenia wgłąb i szerzenia się.

Na powstanie różyczki składa się kilka przyczyn: skłonność (łojotok...) przyczyny wewnętrzne (climax, zaburzenia w trawieniu, zatrucia alkohol.) i zewnętrzne (klimat, zimno, światło). Dołącza się do tych przyczyn zakażenie wtórne. Zmiany na oku nie wykazują żadnej współmierności ze skórnemi. Brak ich niejednokrotnie w ciężkich przypadkach różyczki lub są silnie nasilone przy małych zmianach na twarzy. W Skandynawji przypadki takie są rzadkie. Rokowanie może być dobre o ile proces obejmuje tylko spojówki. Keratitis, powikłanie stosunkowo częste, daje znaczny odsetek zmniejszenia przejrzystości rogówki. Leczenie: Ung. ichtyoli 1% i usuwanie operacyjne nacieków.

Zofja Jastrzebska.

POKŁOSIE TERAPEUTYCZNE.

Leczenie porażennej niedrożności jelit wstrzykiwaniami acetylcholiny. W przypadkach porażennej niedrożności (ileus paralyticus) w przebiegu zapalenia otrzewnej i po laparotomjach jałowych zdumiewające dobre wyniki lecznicze, osiągnięto wielokrotnie, stosując wstrzykiwania domięśniowe acetylcholiny. Wyniki te dotyczyły tych także przypadków, w których zawiodły wszelkie inne środki jak hypofizyna, ezeryna, atropina. W przypadkach lżejszych (zaparcie gazów, trwające od 48 — 72 godzin), wstrzykuje się domięśniowo po 0,1 acetylcholiny w roztworze fizjologicznym w odstępach 2 — 3 godzinnych dotąd, dopóki nie odejdą gazy. W przypadkach dłużej trwającej niedrożności wstrzykuje się te samą dawkę co godzinę (w ciągu 6 godzin). W przypadkach cięższych można stosować dawki większe — 0,2 do 0,6 acetylcholiny jednorazowo.

Cz.

KRONIKA

NAGRODA KONGRESU GENEWSKIEGO.

VI Międzynarodowy Kongres w sprawie wypadków przy pracy i chorób zawodowych, który się odbył w Genewie w roku 1931, ustanowił nagrodę wysokości 1000 fr. szw. dla najlepszej pracy oryginalnej i dotąd niedrukowanej na temat: Wpływ stanu poprzedzającego wypadek na ocenę skutków wypadku przy pracy — „Valeur de l'état antérieur dans l'appréciation des suites d'un accident du travail".

Ubiegać się o nagrodę mogą lekarze wszystkich narodowości na warunkach następujących: Nagroda zostanie przyznana z okazji VII Kongresu, który odbędzie się w roku 1935 w Brukseli. Maszynopis w dwuch egz. w jednym z następujących języków: francuskim, angielskim, niemieckim lub włoskim, winien być nadesłany przed 31 grudnia 1934 r. na ręce Sekretarza VI Kongresu p. Dr. Yersin, 3, rue de la Monnaie, Genewa. Autor pozostaje właścicielem pracy, lecz zobowiązany jest ogłosić ją w roku następnym po przyznaniu nagrody. Jury składa się z biura Komitetu Organizacyjnego Kongresu Genewskiego. Rękopisy winny być nadesłane bez podpisu zaopatrzone znakiem, powtórzonym na kopercie zamkniętej, zawierającej nazwisko, adres i tytuły autora.

*
* *

W lipcu 1935 r. odbędzie się Brukseli VII Kongres Międzynarodowy Lekarski w sprawie Wypadków przy pracy i Chorób Zawodowych. Kongres będzie obradował w 3 sekcjach:

1) sekcja chirurgiczna z dwoma tematami programowemi:
„Późne następstwa urazów czaszki oraz „Urazy ręki i palców";
2) sekcja chorób zawodowych z tematami programowemi:
„Walka z pyłem w przemyśle" i „Patologja zatruć gazami kopalnianemi";
3) sekcja wspólna z tematami programowemi:
„Objektywne objawy bólu" i „Urazy elektryczne".

Poza koreferatami do tych tematów dopuszczone będą krótkie referaty na inne tematy związane z leczeniem i zapobieganiem wypadkom

Informacji udziela Sekretarz Generalny Kongresu: Dr. Leo Dejardin, 23 rue du Commerce, Bruxelles.

* * *

ŚWIĘTO MORZA.

Zarząd Główny Ligi Morskiej i Kolonjalnej postanowił, że tegoroczny obchód „Święta Morza“ odbędzie się w całej Polsce, w/g ustalonego już zwyczaju, w dniu 29 czerwca. Obchód odbędzie się pod hasłem zbiórki na Fundusz Obrony Morskiej, oraz mobilizacji młodego pokolenia dla służby Polski na morzu. W Gdyni projektowany jest na ten dzień Wielki Zlot Młodzieży Polskiej wszystkich organizacyj młodzieży.

Zarząd Główny przystąpił już do zorganizowania Komitetu Honorowego, Głównego Komitetu Wykonawczego, oraz Komitetów Lokalnych.

Program tegorocznego „Święta Morza“ będzie podany do publicznej wiadomości w najbliższym czasie.

LIST DO REDAKCJI.

Szanowny Panie Redaktorze!

Najuprzejmiej upraszam o łaskawe umieszczenie na łamach „Wiedzy Lekarskiej“ niniejszej odpowiedzi:

W odpowiedzi na list otwarty P. Dra Kazimierza Połtowicza, umieszczony w Nr. 1 r. b. „Wiedzy Lekarskiej“, wyjaśniam, że metoda psycho-neuro-fizjologiczna odmładzania i uzdrawiania, nad którą pracuje, jest zupełnie nowym kierunkiem naukowo-eksperymentalnym całkowicie odmładzającym, nie przypominającym metody seksualnej odmładzania P. Dra Połtowicza i na jego pracy nie powoływującej się. Metoda psycho-neuro-fizjologiczna polega na bio-mechanicznych kompresjach (ssąco-tłoczących) fizjologicznie uzdrawiającemi ożywczemi substancjami (zewnętrznie) na gruczoły (tarczowy, przytarczowy, limfatyczne) naczynia domózgowe i odmózgowe, nerwy w miejscach dostępnych szyi, karku i kręgosłupa (przy chorobach wewnętrznych), co powoduje ożywienie krwiobiegu w mózgu i rdzeniu oraz odrodzenie czynności mózgowych i nerwowych zadziwiająco prędkie. Metoda psycho-neuro-fizjologiczna daje przy pierwszych zabiegach (nadzwyczajny) efekt terapeutyczny, a w dalszych zabiegach — odrodzenie duchowe i cielesne. Metoda ta jest specjalnie skuteczna w zaburzeniach umysłu (świadomości, myślenia, pamięci, uwagi, wyobraźni, woli), nerwów, mowy (jąkanie, bezgłos), snu, słuchu, wzroku, oddech (dychawicy), krwiobiegu, płciowo-rodnych i t. p. Metoda psycho-neuro-fizjologiczna jest oparta na poglądzie autora na istotę życia, którą widzi w nerwowej energji życiowej, wytwarzanej przez komórki nerwowe, szczególnie w ich większych skupieniach, jak mózg, rdzeń, zwoje wewnętrzne nerwowe — źródła energji życiowej, budzącej mikro-fizyko-chemiczne procesy i ruchy życiowe, podobnie do energji elektromagnetycznej, rozpowszechnionej w przyrodzie. W układzie nerwowym odbywa się przemiana energji i obieg energji nerwowej (jako perpetuum mobile). Szczegóły w pracy autora *„Psycho-neuro-fizjologiczna metoda uzdrawiania i odmładzania“*, znajdującej się w druku. Wobec tego, że od 1 maja r. b. będę kontynuować swoje naukowe dociekania w prowizorycznie urządzonem Naukowem Laboratorjum Psycho-neuro-fizjologji w Ciechocinku (Nieszawska 53), upraszam skierowywać tam zapytania Szanownych P. P. Kolegów.

Łączę wyrazy wysokiego szacunku

A. Połoński.

I Kongres Międzynarodowy Gastroenterologji odbędzie się 8, 9, 10 sierpnia w Brukseli. Przewidziane są dwa tematy programowe: pierwszy — nieżyty żołądka, drugi — wrzodziejące zapalenia grubych jelit pochodzenia niepełzakowego. Przewodniczącym Zjazdu jest J. Schoemaker, Sekretarzem Generalnym G. Brohée. Adres Sekretarjatu: Bruxelles, 64 rue de la Concorde.

Fundacja Tomarkin przeniosła swą siedzibę do Italji. Adres obecny — Roma, Via Marco Minghetti 17. Z ramienia tej instytucji odbędzie się w St. Moritz od 5 do 18 sierpnia kurs dokształcający, obejmujący choroby serca, choroby dzieci, choroby przewodu pokarmowego, balneologję, zagadnienia odżywiania i t. p.

Prof. Roussy w Paryżu przy współpracy Dra Peyre i innych ogłasza kurs hematologji i serologji. Kurs rozpoczyna się 4.VI. Wpis 250 fr.

Pod kierownictwem Profesora H. L. Rocher odbędzie się w Bordeaux kurs dokształcający z dziedziny ortopedji. Kurs rozpoczyna się 2 i trwa do 16 czerwca. Kurs obejmuje wszystkie ważne, zwłaszcza dla praktyka, zagadnienia ortopedyczne oraz leczenie i wykonywanie zabiegów. Wpis 200 fr. fr.

Redaktor odpowiedzialny: *Doc. Dr. A. Wojciechowski*
Wydawca: Spółka Wydawnicza „Wiedza Lekarska“.
Adres redakcji i administracji, Warszawa, Kaliska 9. Tel. 924-39.
Prenumerata z przesyłką rocznie zł. 8, kwartalnie zł. 2. Konto P. K. O. 15.785.

Zakł. Graf. „DRUKPRASA“, Warszawa, Nowy-Świat 54. Tel.: 615-56 i 242-40.